

KÉRELEM ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

kivizsgáláshoz, szüléshez, műtéthez (továbbiakban együttesen "műtéthez")

A beteg neve:

A beavatkozás (műtét) megnevezése:

A beavatkozást (műtétet) végző orvos neve:

A tájékoztatást adó orvos neve:

Kérem a gyógyintézetet, hogy a fent nevezett beavatkozást, ill. műtétet rajtam elvégezzék szíveskedjenek, szülésemet levezessék, amelyhez ezennel hozzájárulok.

Elismerem, hogy döntésem megkönnyítésére személyesen megfelelően tájékoztattak. Ismertették velem a műtét, ill. a szülésvezetés tervezett módját, annak lehetséges szövődményeit, a szükséges vizsgálatokat, az esetleges szükséges járulékos beavatkozásokat, a gyógyulás kilátásait, valamint azt, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye. Tudomásul veszem, hogy a megfelelő gondossággal és a szakma szabályai szerint végzett beavatkozások esetén is felléphetnek előre nem látható szövődmények, amelyek kedvezőtlenül érinthetik az egészségi állapotomat. Azt is tudomásul veszem, hogy teljes körű, minden apró részletre kiterjedő tájékoztatásom nem lehetséges, így nem is várható. Elfogadom, hogy az igen ritka, az esetek 2-3 %-ánál kisebb arányú kockázatokra a tájékoztatás nem terjed ki. Beleegyezésemet ennek tudatában adom meg.

A beavatkozással és a beavatkozás azon változásaival, amelyek a műtét alatt kényszerhelyzetben adódhatnak, egyetértek. A kapott felvilágosítást elegendőnek találtam, további felvilágosítást nem kérek. Beleegyezésemet akkor adtam meg, amikor minden kérdésemre választ kaptam. Döntésem meghozatalára elég idő állt rendelkezésemre, és döntésemet minden kényszertől mentesen tiszta tudattal hoztam.

Tudomásul veszem, hogy megelőző kórtörténetemről, – függetlenül attól, hogy az jelen betegséggel közvetlen kapcsolatban áll vagy sem, – kezelőorvosomat tájékoztatnom kell. Az előzetes egészségügyi adatok elhallgatása a gyógyulási folyamatot veszélyeztetheti, ill. további egészségkárosodással járhat. Kijelentem, hogy a műtétet megelőzően a kezelőorvosomnak adott, korábbi betegségre, gyógykezelésre, gyógyszer és gyógyszerhatású készítmény szedésre vonatkozó információim mindenre kiterjedő és a valóságnak megfelelő volt.

Beleegyezem, hogy a műtét során diagnosztikus céllal eltávolított szerveket, szövetmintákat szövettani vizsgálat után a laboratóriumban megőrizték és azokból esetlegesen tudományos igényű feldolgozásokat végezzenek.

Megértettem és tudomásul veszem azt is, hogy a kivizsgálásom és kezelése során tanuló nővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója. Mindnyájukat orvosi titok köti.

Beleegyezem abba, hogy a kivizsgálásom és gyógykezelésem során vérvételekre, röntgenvizsgálatra, ultrahangvizsgálatra kerüljön sor. Elfogadom az orvos által elrendelt gyógyszereket, melyek tabletták, kúpok, kanalas orvosságok, izomba és vénába adott injekciók, infúziós kezelések lehetnek. Emellett még szükségessé válhat állandó katéter behelyezése, vagy beöntés, esetleg gyomorszonda levezetése. E kezelések és elmaradásuk következményeiről teljes körű szóbeli tájékoztatást kaptam. Tudomásul veszem, hogy

amennyiben egyéb invazív beavatkozásra vagy kezelésre kerülne sor, arról külön tájékoztatást kapok és abba annak függvényében egyezem bele.

A felvilágosítást megértettem, a kérdéseimre választ kaptam. Az egészségügyi ellátás során az orvosi titoktartásra, önrendelkezésre, tájékoztatásra, az ellátás visszautasítására vonatkozó ún. betegjogokat illetően kezelőorvosomtól megfelelő tájékoztatást kaptam. Tájékoztattak arról is, hogy további kérdéseimmel, esetleges panaszaimmal betegjogi képviselőhöz fordulhatok, illetve jogaimmal kapcsolatban az ellátást végző gyógyintézetben a további szakszerű tájékoztatás lehetősége számomra adott.

A műtéti érzéstelenítésért (altatásért) felelős orvos az előzetes vizsgálatok és az általam kitöltött kérdőív alapján, továbbá feltett kérdéseimre válaszolva, felvilágosító elbeszélgetés formájában ismertette a tervezett érzéstelenítő eljárást. A felvilágosítást megértettem, az engem érdeklő kérdésekre választ kaptam. A felvilágosítás kiterjedt az eljárás módjára, előnyeire és hátrányaira, esetleges következményeire és mellékhatásaira, valamint az esetleges kiegészítő eljárásokra és az ezekkel kapcsolatos veszélyekre is. A beavatkozást megelőző időszakra vonatkozó előírásokról – így az altatásban végzett műtét esetén, az evés és ivás tilalma 6 órával a műtét előtt – felvilágosítást kaptam.

Beleegyezem, hogy a tervezett műtétet/vizsgálatot altatásban, illetve regionális érzéstelenítésben végezzék el. Beleegyezem továbbá az előkészítő és kísérő aneszteziológiai kezelésbe, beleértve az ahhoz szükséges egyéb beavatkozásokat is. Egyetértek az orvosilag indokolt változtatásokkal és az érzéstelenítés kiterjesztésével, csakúgy, mint az esetleg szükségessé váló transzfúzióval.

Ambuláns beavatkozás esetén közlöm az orvossal, hogy az utolsó 6 órában a beavatkozás előtt ettem vagy ittam, tudomásul veszem, hogy a beavatkozás befejezése után még nem tanácsos közlekednem, ezért kíséret nélkül nem vállalkozom a hazamenetelre. Megértettem, hogy az érzéstelenítés utóhatásai miatt legkorábban 24 óra múlva szabad aktívan az utcai forgalomban részt vennem, autót vezetnem, gépen dolgoznom, szeszes italt fogyasztanom. Tudomásul veszem, hogy műtét után, ébredésemet követően az állapotomtól függően, az orvos által meghatározott idő múlva távozhatok. Tudomásul veszem, hogy előre nem látható szövődmény esetén az ellátást a gyógyintézet vállalja.

Ha az orvos által ajánlott beavatkozásba nem egyezem bele, a visszautasításom lehetséges hátrányairól felvilágosítást kaptam. Tudomásul veszem, hogy a gyógyintézet az ebből eredő következményekért felelősséget nem vállal.

Kérem, hogy az intézményben tartózkodásom alatt a karszalag viselésétől tekintsenek el.

Aktuálisan további kérdésem nincs, a tervezett beavatkozásba beleegyezem.

Egyéb kérésem, kérdésem, megjegyzésem.....

Tájékoztatót kaptam arról, hogy EGÉSZSÉGES NŐ SZERETNÉK MARADNI (Szerk. Papp Zoltán, Golden Book Kiadó, 2002) könyvben írásos információkat találhatok a beavatkozással (műtéttel) kapcsolatban.

Budapest,

.....
A felvilágosító szülészorvos
aláírása

.....
A felvilágosító aneszteziológus
aláírása

.....
A beteg vagy törvényes
képviselőjének aláírása

.....
Az aláírások hitelességét
igazoló tanúk aláírása