

Inszemináció:



Észak-Közép-budai Centrum
Új Szent János Kórház és Szakrendelő
010620400

Vezető főorvos: Dr. Konc János orvostudomány kandidátusa
1125 Budapest, Diós árok 1-3
Telefon: Közvetlen: 458- 4579, 458- 4580, központ 458- 4500 Internet: www.janoskorhaz.hu

Inszemináció Tájékoztató – Kérelem – Nyilatkozat

Név:.....

Név:.....

BMC:.....

1./ Az ajánlott kezelés leírása: Kezelt, tisztított spermium méhüregbe juttatása

Indikáció: női, férfi, vagy a kettő kombinációjából álló meddőség

2./ A beavatkozás célja: terápiás (gyógyító)

3./ Kockázatok és előnyök: a fenti kezeléssel az eddig elmaradt terhesség bekövetkezének valószínűsége kb.10%. Az ovuláció indukciós kezelés jellegéből adódóan ikerterhességeknél jellemző kb. 1%-os gyakorisággal számolni kell szövődményes, esetleg méhen kívüli terhességgel, vetéléssel is, úgy mint természetes úton fogant terhességeknél is.

A fejlődési rendellenességek előfordulási gyakorisága megegyezik a természetes úton fogant terhességeknél észleltekkkel – ezek túlnyomó részének kizárására a terhesség első, második harmadában genetikai vizsgálat elvégezhető.

Az inseminációnál felhasznált gyógyszerek, eszközök, anyagok nem károsítják a pácienseket, sem a fejlődő embriót – széleskörű irodalmi adatok alapján – sem genetikai, sem egyéb szempontból.

A gyógyszeres tüszőérlelés mellékhatásaként a petefészekben jóindulatú tömlők (ciszták) képződhetnek, melyek miatt igen ritka esetekben további kezelés is szükségessé válhat.

Kezelőorvosomtól kapott részletes orvosi tájékoztatást követően beleegyezem és kérem, hogy az előzetes ovuláció indukciós kezelés után, vagy anélkül: házastársam (élettársam) előkezelt spermájával mesterséges megtermékenyítésemet megkíséreljék.

Tudomásul veszem, hogy a fentiekben részletezett mellékhatások, szövődmények az inszemináció kockázati körébe tartoznak, melyek bekövetkezése esetén az inszemináció előkészítésében, valamint elvégzésében résztvevő személyzet, valamint kezelőorvosom semminemű felelősség nem terheli.

Alulírott pár a nyilatkozatban leírtakkal egyetértünk, és az inszeminációs kezelés elvégzésére a kezelőorvosom felkérem. Egyidejűleg elfogadjuk, hogy a kezelés esetleges sikertelenségével, következményeivel járó kockázatviselés minket terhel.

A fenti nyilatkozatot cskskvőképességünk és tudatunk teljes bírtokában elolvastuk, megértettük, a fennálló kockázatokat tudomásl véve azokat mérlegelve írjuk alá.

1
Megértettük, és elfogadjuk, hogy az inszeminációval fogant megszületett gyermek jogállása a hatályos törvények értelmében a természetes úton fogant vér szerinti gyermekével megegyező annak összes jogi , erkölcsi és anyagi következményeivel.

Budapest, 20.....

.....
Felelség/élettárs

.....
férj/élettárs

.....
orvos

.....
biológus

.....
tanú

.....
tanú

Észak-Közép-budai Centrum
Új Szent János Kórház és Szakrendelő
010620401 Budai meddősségi Centrum (szakambulancia)

Vezető főorvos:
1125 Budapest, Diós árok 1-3
Telefon: Internet: www.janoskorhaz.hu

Nyilatkozat

A beteg neve:

Születési dátuma:

TAJ száma:

A tájékoztatást adó orvos neve: :

I. TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT ORVOSI KEZELÉSHEZ

Kérem a gyógyintézetet, hogy a kezelésemet és/vagy kivizsgálásomat és/vagy az annak részét képező beavatkozást /ill. műtétet/ rajtam elvégezni szíveskedjenek. A megajánlott kezelés/beavatkozás elvégzéséhez egyetértő beleegyezésemet adom, valamint az általános ellátáshoz tartozó beavatkozásokhoz (vérvétel, injekció, infúzió, laborvizsgálatok) hozzájárulok. Elismerem, hogy döntésem megkönnyítésére személyesen megfelelően tájékoztattak.

Elismerem, hogy részletes szóbeli tájékoztatást kaptam:

I.	az egészségügyi állapotomról, beleértve ennek orvosi megítélését is,
II.	a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról,
III.	a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól,
IV.	a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjáról,
V.	a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről,
VI.	az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről,
VII.	a tervezett beavatkozás lehetséges szövődményeiről.

Tudomásul veszem, hogy a javasolt életmódról, illetve a további ellátások szükségességéről és/vagy lehetőségeiről az ellátás későbbi szakaszában, az eredmények birtokában kapok szóbeli és/vagy írásbeli tájékoztatást.

A beavatkozással és a beavatkozás szükségszerű változtatásával, amelyek a beavatkozás/műtét/műszeres vizsgálat alatt kényszerhelyzetben adódhatnak, egyetértek. A beavatkozás olyan, orvosilag indokolt kiterjesztéséhez, amely előre nem volt látható, hozzájárulásomat adom.

Megértettem, tudomásul veszem és hozzájárulok ahhoz, hogy a kivizsgálásomban és kezelésemben tanuló nővérek, orvostanhallgatók, rezidensek, szakorvos jelöltek részt vegyenek.

Amennyiben a kivizsgálásom/kezelésem során felmerül a műtét/műszeres vizsgálat vagy egyéb ellátás szükségessége, akkor a beavatkozáshoz szükséges érzéstelenítési formákról és a műtét lényegéről külön írásbeli tájékoztatást kapok.

A megajánlott **kezeléshez** egyetértő beleegyezésemet adom, mely megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes. Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom, illetve az ellátás megszakítását kérhetem.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kivizsgálások/kezelések/ műtétek egészét vagy egy részét, az ellátás megkezdése előtt, vagy az ellátás folyamata alatt bármikor elutasítani. Ez esetben a

kezelésem során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiktől a részemre felajánlott kezelést nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem, amelyet egyúttal kiterjesztek az ellátó Intézményre is.

A beleegyező nyilatkozathoz tartozó, a feltételezett betegség leírását tartalmazó felvilágosító ismertetőt (Betegtájékoztató és Műtési Beleegyező Nyilatkozat) elolvasom. A feltételezett betegséggel kapcsolatos szóbeli felvilágosítást megkaptam.

Kijelentem, hogy kórházi kezelésem alatt más Intézmény járóbeteg ellátását önszántamból nem veszem igénybe.

A beteg által feltett kérdések és azokra adott válaszok:

.....
.....
.....
.....
.....

II. HÁZIREND

Elismerem, hogy Intézménybe való felvételem során *figyelmemet felhívták az osztályon kifüggesztett HÁZIREND* megismerésének lehetőségére.

Kijelentem továbbá, hogy *figyelmemet felhívták arra is*, hogy Intézményi tartózkodásom idejére pénzemem és egyéb, a Intézménybe behozott értékeimet a házi pénztárába **ingyenesen letétbe helyezhetem**. Egyúttal tudomásul veszem, hogy az Intézmény csak a kórházi letétbe helyezett készpénzért és értéktárgyakért vállal felelősséget és a Letétkezelési Szabályzata szerint jár el.

Kijelentem, hogy Személyi igazolványomat, TAJ kártyámat, lakcím kártyámat, igazolványaimat az egészségügyi személyzet kérésére bemutatom. Tudomásul veszem, hogy a továbbiakban igazolványaimért az Intézmény felelősséget nem vállal, azokra saját magam vagyok köteles vigyázni, kivéve, ha azokat letétbe helyezem.

Egészségügyi ellátásom alatt felvilágosítás kizárólag a kórlapban megjelölt személy részére adható, **valamint bizonyos személyeket ki is zárhatok a tájékoztatásra jogosultak köréből.**

Kijelentem továbbá, hogy osztályos felvételem során tájékoztatást kaptam a Betegazonosító csuklószalag viselésének szükségességéről, valamint az igénybe vehető térítésköteles ellátásokról.

*** A tájékoztatás ellenére sem járulok hozzá a betegazonosító csuklószalag viseléséhez.**

(*aláhúzendó, amennyiben a beteg visszautasítja a csuklószalag viselését).

Budapest, 2021.

.....
A felvilágosítást végző orvos aláírása és pecsétje

.....
A beteg (hozzátartozó, törv. képvis.) aláírása

Folliculus Aspiratio

**Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak
Budai meddőségi Centrum (szakambulancia)**

Osztályvezető főorvos: Dr. Konc János

1125 Budapest, Diós árok 1-3.

Telefon: Iroda tel.: 458-4500 Fax: Internet: www.janoskorhaz.hu

**TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
JÁRÓBETEG ELLÁTÁSBAN IGÉNYBE VETT
INVAZÍV ÉS MAGAS KOCKÁZATÚ ORVOSI BEAVATKOZÁSHOZ
(01. verzió)**

A beteg neve:

Születési idő, helye:

TAJ száma:

Állampolgársága:

A járóbeteg ellátást indokoló betegsége:

A tájékoztatást adó orvos neve:

* A tervezett beavatkozás megnevezése:

* A tervezett beavatkozás célja:

* A beavatkozást végző orvos neve:

(a * manuális tevékenység esetén töltendő ki!)

Kérem a gyógyintézetet/szakrendelőt/ambulanciát, hogy a fent megnevezett kezelést, és/vagy kivizsgálást, és/vagy az annak részét képező beavatkozást, /ill. műtétet/ rajtam elvégezni szíveskedjenek. A megajánlott kezelés/beavatkozás elvégzéséhez egyetértő beleegyezésemet adom, valamint az általános ellátáshoz tartozó beavatkozásokhoz (vérvétel, injekció, infúzió, laborvizsgálatok) hozzájárulok. Elismerem, hogy döntésem megkönnyítésére személyesen megfelelően tájékoztattak.

Elismerem, hogy részletes szóbeli tájékoztatást kaptam:

- I az egészségügyi állapotomról, beleértve ennek orvosi megítélését is,
- II a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról,
- III a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól,
- IV a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjáról,
- V a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről,
- VI az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről,
- VII a tervezett beavatkozás lehetséges szövődményeiről

Tudomásul veszem, hogy a javasolt életmódról illetve a további ellátások szükségességéről és/vagy lehetőségeiről az ellátás későbbi szakaszában, az eredmények birtokában kapok szóbeli és/vagy írásbeli tájékoztatást.

A beavatkozással és a beavatkozás szükségszerű változtatásával, amelyek a beavatkozás/műtét/műszeres vizsgálat alatt kényszerhelyzetben adódhatnak, egyetértek. A beavatkozás olyan, orvosilag indokolt kiterjesztéséhez, amely előre nem volt látható, hozzájárulásomat adom.

Megértettem, tudomásul veszem és hozzájárulok / nem járulok hozzá* ahhoz, hogy a kivizsgálásom és kezelése során tanuló nővérek, orvostanhallgatók, szakorvos jelöltek részt vegyenek. (a *-gal jelzett részek közül a megfelelő aláhúzendő).

Amennyiben a kivizsgálásom/kezelésem során felmerül a műtét/műszeres vizsgálat vagy egyéb ellátás szükségessége, akkor a beavatkozáshoz szükséges érzéstelenítési formákról és a műtét lényegéről külön írásbeli tájékoztatást kapok.

A megajánlott **kezeléshez/beavatkozáshoz** egyetértő beleegyezésemet adom, mely megtevesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes. Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom, illetve az ellátás megszakítását kérhetem.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott *kivizsgálások / kezelése / beavatkozások / műtétek egészét, vagy részét, az ellátás megkezdése előtt, vagy az ellátás folyamata alatt bármikor* elutasítani. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

A beleegyezési nyilatkozathoz tartozó, a feltételezett betegség leírását tartalmazó felvilágosító ismertetőt (..... mellékletet) elolvastam, és a feltételezett betegséggel kapcsolatos szóbeli felvilágosítást megkaptam, az ismertetőben és a felvilágosításban foglaltakat megértettem.

A beteg által feltett egyéb kérdésekre adott válaszok:

Budapest, 2021.

.....
A felvilágosítást végző orvos aláírása

.....
A beteg (törv. képv.) aláírása

KEZELÉST VAGY BEAVATKOZÁST/MŰTÉTET VISSZAUTASÍTÓ NYILATKOZAT

A kezelőorvos által javasolt és tervezett műtétbe, illetve orvosi beavatkozásba nem egyezem bele, még ha ez a visszautasítás az egészségemet vagy akár életemet is veszélyezteti.

Mindezt felelősségem teljes tudatában jelentem ki, annak ellenére, hogy orvosaim személyes megbeszélés során a kezelés elmaradásának káros következményeiről, hátrányairól tájékoztattak.

A kezelés/beavatkozás visszautasítása miatt várhatóan kialakuló nem kívánt mellékhatás, vagy egészségkárosodás kialakulásának felelőssége alól az orvosokat, és az intézetet felmentem.

Tudomásul veszem, hogy a visszautasításra vonatkozó nyilatkozatomat bármikor alaki kötöttség nélkül visszavonhatom. A felvilágosítást megértettem.

Visszautasítom a felajánlott:

kezelést/kivizsgálást*

beavatkozást*
műtétet*
vérkészítmény adását *
(a*-gal jelölt rész megfelelően aláhúzandó)

Budapest, 2021.

.....

A felvilágosítást végző orvos aláírása

.....

A beteg (törv. képv.) aláírása



Észak-Közép-budai Centrum

Új Szent János Kórház és Szakrendelő

1125 Budapest, Diós árok 1-3.

010620401 Budai meddőségi Centrum (szakambulancia)

Vezető főorvos: Dr. Konc János

Telefon: 458-4579,458-4580,központ 458-4500 Internet:www.janoskorhaz.hu

KÉRELEM ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

A beteg neve.....

A beavatkozás (műtét) megnevezése.....

A beavatkozást (műtétet) végző orvos.....

Kérem a gyógyintézetet, hogy a fent megnevezett beavatkozást, ill. műtétet rajtam elvégezni szíveskedjenek. A megajánlott beavatkozás elvégzéséhez egyetértő beleegyezésemet adom. Elismerem, hogy döntésem megkönnyítésére személyesen megfelelően tájékoztattak.

Ismertették velem a beavatkozást indokló betegséget, ill. kóros állapotot, a betegség veszélyeit, a kezelés esetleges egyéb lehetőségeit, a tervezett beavatkozás módját, annak várható hatását és következményeit, lehetséges szövődményeit, a szükséges vizsgálatokat, az esetleges szükséges járulékos beavatkozásokat, a gyógyulás kilátásait, valamint azt, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészség károsodás lehet a következménye.

A beavatkozással és a beavatkozás azon változtatásaival, amelyek a műtét alatt kényszerhelyzetben adódhatnak, egyetértek. A kapott felvilágosítást elegendőnek találtam, további felvilágosítást nem kérek.

Megértem és tudomásul veszem azt is, hogy a kivizsgálásom és kezelése során tanuló nővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

A műtéti érzéstelenítésért (altatásért) felelős orvos.....

napon az előzetes vizsgálatok és az általam kitöltött kérdőív alapján, további 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.

Beleegyezem, hogy a tervezett műtétet (vizsgálatot) altatásban, ill. helyi érzéstelenítésben végezzék el. Beleegyezem továbbá az előkészítő és kísérő anaesthesiológiai kezelésbe, beleértve az ahhoz szükséges egyéb beavatkozásokat is. Egyetértek az orvosilag indokolt változtatásokkal, és az érzéstelenítés kiterjesztésével, csakúgy, mint az esetleg szükségessé váló vérátömlesztéssel.

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 egyedül közlekednem, ezért kíséret nélkül nem vállalkozom a hazamenetelre. Megértettem, hogy az érzéstelenítés utóhatásai miatt legkorábban 24 óra múlva szabad aktívan a utcai forgalomban részt vennem, autót vezetnem, gépen dolgoznom, szeszes italt fogyasztanom.

A felvilágosítást megértettem, kérdéseimre választ kaptam.

Aktuálisan további kérdésem nincs, a tervezett beavatkozásba beleegyezem.

Az érzéstelenítésbe beleegyezem - nem egyezem bele.

A vérátömlesztésbe beleegyezem - nem egyezem bele.

Az orvos által ajánlott beavatkozásba nem egyezem bele.

Visszautasításom lehetséges hátrányairól felvilágosítást kaptam. Tudomásul veszem, hogy az intézet az ebből eredő következményekért nem felelhet.

Egyéb kérésem, kérdésem, megjegyzésem:.....

.....

.....

Dátum:

.....
Felvilágosító orvos aláírása

.....
A beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

.....
Felvilágosító anaesthesiológus aláírása

.....
Tanú aláírása



Észak-Közép-budai Centrum

Új Szent János Kórház és Szakrendelő

1125 Budapest, Diós árok 1-3.

010620401 Budai meddőségi Centrum (szakambulancia)

Vezető főorvos: Dr. Konc János

Telefon: 458-4579,458-4580,központ 458-4500 Internet:www.janoskorhaz.hu

TÁJÉKOZTATÓ A HÁZASPÁROK RÉSZÉRE A SZERVEZETEN KÍVÜLI MESTERSÉGES MEGTERMÉKENYÍTÉS (IN VITRO FERTILIZÁCIÓ, INTRACITOPLAZMATIKUS SPERMA INJECTIO) ÉS AZ EMBRIÓ BEÜLTETÉS (EMBRIÓTRANSZFER) EREDMÉNYESSÉGÉRŐL, ESETLEGES SZÖVŐDMÉNYEIRŐL

1. A stimulációs kezelés eredményessége, szövődménye

A hormon stimulációs kezelés lényege a petefészek ultrahang és hormonvizsgálatok segítségével ellenőrzött kezelése egyidejűleg több petesejt nyerése céljából.

Minden ilyen kezelés azonban magában rejti a petefészek túl stimulációjának 1 %-os kockázatát. Ennek enyhébb megjelenési formája a sárgatest tömlők kialakulása az embrió beültetését követően.

Tünetei: enyhe alhasi fájdalom, hányinger.

Ebben az esetben gyakori ultrahang- és vérvizsgálat válik szükségessé, valamint a beteg otthonában pihenés, bőséges folyadékfogyasztás és fehérje dús étrend javasolt.

Súlyosabb esetben a sárgatest tömlők kialakulásához a hasüregben szabad folyadék felgyülemzése és ennek következtében a vér "besűrűsödése" is társulhat. Ezen esetek kifejezett alhasi fájdalommal, rossz közérzettel járnak és a fokozott thrombosis (vérrög képződés) illetve embóliaveszély (vérrög leszakadás) miatt mindenképpen kórházi kezelést tesznek szükségessé.

2. Az ultrahanggal vezérelt tüsző leszívás (punkció) kockázata, szövődménye

Az ultrahangos tüsző punkció során a hüvelyben ultrahangfej és punkciós szerelék segítségével a hátsó hüvelyboltozaton keresztül szúrjuk meg a tüszőket, majd a petesejtet tartalmazó tüszőfolyadékot leszívjuk.

Normál körülmények között a tüszőket tartalmazó petefészkek szorosan a hátsó hüvelyboltozat mellett helyezkednek el, így a punkció számára könnyen hozzáférhetők.

Ez a beavatkozás altatás nélkül, nyugtató és fájdalomcsillapító gyógyszerek adásával, vagy altatásban történik. A beteg az altatóorvossal beszélheti meg, hogy melyiket választja. A beavatkozás napján (éjfél-től) nem ehet, nem ihat (egy korty vizet sem). Ha vannak rendszeresen szedett gyógyszerei, amiket reggel be kellene bevennie (pl. magas vérnyomás elleni gyógyszerek), azokat kora reggel egy korty vízzel vegye be. Ritkán a beadott gyógyszerekre kellemetlen mellékhatás (émelygés, hányinger, gyengeség) jelentkezhet, mely azonban általában néhány perc alatt elmúlik. Ennek ellenére a punkciót követően a páciens gépjárművet nem vezethet és csak kísérelővel hagyhatja el a kórházat.

Az ultrahanggal vezérelt tüsző punkciók kevesebb, mint 1 - ezrelékében fordul elő a kismedencei erek, illetve a környező szervek (belek, húgyhólyag) sérülése. Ilyen esetben a hasüreg megnyitása válik szükségessé. Amennyiben az érsérülés következtében fellépő vérzés egyéb úton nem szüntethető meg, nagyon ritka esetben a méh, vagy a petefészkek eltávolítása válhat szükségessé.

Az ultrahanggal vezérelt tüsző punkciót követően kismedencei illetve hasüregi gyulladás léphet fel, ha a punkció során baktériumok jutnak a hasüregbe. Ennek kockázta 0,5 ezrelék alatt van. Tünetei a beavatkozás után néhány nappal fellépő erős alhasi fájdalom, láz. Ilyen panaszok fellépése esetén azonnal jelentkezzen a Meddőségi Centrumban, illetve munkaidőn kívül a kórház Szülészeti osztályának ügyeletes orvosánál.

3. A petesejtek érettsége

A tüsző punkció során nyert petesejtek átlagosan 80%-a érett. Csak azok a petesejtek képesek megtermékenyülni ill. lehet megtermékenyíteni, melyek megfelelő érettségi állapotban vannak.

4. A petesejt megtermékenyítése

A petesejtek megtermékenyítése három típusba sorolható

a./ Hagyományos megtermékenyítés (a petesejtek inszeminációja), melyet 100.000 jól mozgó kezelt spermiummal végzünk. A megtermékenyülés valószínűsége érett petesejtre vonatkoztatva 70 %.

b./ ICSI (Intracitoplazmatikus spermium injectio) , amikor a legjobb minőségű és legjobban mozgó kezelt spermiumot egy vékony tűvel a petesejtbe szúrjuk. A megtermékenyítés mikroszkópon át, ún. mikromanipulátorokkal történik, melyek finom mozgást tesznek lehetővé. Ezt a módszert akkor alkalmazzuk, ha a spermiumok száma, mozgása, alakja nem megfelelő, illetve immunológiai pozitívítást találtunk a kivizsgálás során. Előfordulhat az is, hogy a kivizsgálási eredményekhez képest a beavatkozás napján jelentős negatív változást tapasztalunk, ekkor is ICSI végzését javasoljuk, a biztosabb megtermékenyülés érdekében.

c. TESE, hereszövetből nyert spermiummal történő petesejt megtermékenyítés csak ICSI módszerrel végezhető.

Amennyiben a nyert petesejtek száma nem több háromnál, szintén ICSI módszer végzését javasoljuk, a magasabb megtermékenyülési arány érdekében.

A megtermékenyülés valószínűsége ICSI program végzése esetén 90 %.

5. Embrió tokjának meghasítása, LAH (lézeres embrió keltetés)

Azon pácienseinknél akiknél három vagy annál több sikertelen embrió transzferrel járó próbálkozás volt, illetve a feleség életkora 35 év fölötti, valamint fagyasztott-felengedett embriók transzferét végezzük, javasolt az embrió tokjának megnyitása a transzfer előtt, mivel ez emeli a terhesség létrejöttének valószínűségét. Vizsgálataink alapján a LAH végzése nem emeli a genetikai rendellenességek előfordulását.

6. Az embrió beültetés eredményessége, szövődménye

Az embriók transzfere általában a petesejtnyerést utáni második - harmadik napon történik. Amennyiben legalább 6 megtermékenyült petesejtet sikerül létrehozni lehetőség nyílik az öt napos embrió transzfer végzésére. Ezen esetben azonban tudni kell, hogy a létrejött embriók 50 %-a elpusztul a tenyésztés során. Ritkán az is előfordulhat, hogy egy embrió sem éri el az ötödik napnak megfelelő ún. blasztociszta állapotot és így embrió transzfer nem végezhető. A petesejtek nyérése és azok sikeres szervezeten kívüli megtermékenyülése után a fejlődő embriókat (maximálisan hármat) műanyag katéter segítségével a méhnyak külső nyílásán keresztül a méh üregébe (átjárható petevezetők esetén esetleg a petevezetőkbe) juttatjuk. Ezt a beavatkozást, melynek kockázata gyakorlatilag nincs, embrió transzfernek nevezzük.

7. Embriók, blasztociszták fagyasztása, fagyasztva tárolása

Amennyiben transzferre nem kerülő un. surplus jó minőségű embriók, blastocysták állnak rendelkezésre lehetőség van azok lefagyasztására, fagyasztva tárolására.

Tudni kell, hogy a fagyasztás - felengedés során az embriók 5 % mehet tönkre. A teherbe- esési arány fagyasztott embrió beültetése mellett alig 3%-kal kevesebb, mint friss ciklusban, vagy enyhe stimuláció után történik, ezért a hormonkezelésből adódó szövődmények késői emlőtumor, hyperstimulatio - elkerülhetőek.

8. A kezelés eredményessége, a terhesség létrejöttének valószínűsége, szövődménye

A kezelés sikerességét (terhesség létrejöttét) senki sem ígérheti teljes biztonsággal. Már a hormon stimulációs kezelés során előfordulhat (az esetek körülbelül 5 %-ában), hogy a kezelést abba kell hagyni, mert a várt kedvező reakció (megfelelő mennyiségű tüsző egyidejű növekedése) nem jön létre. Az is előfordulhat, hogy a tüsző punkció során petesejtet nem nyerünk. Ennek esélye 3 %. További kockázat, hogy az esetek 5 %-ában a nyert petesejt nem termékenyül meg, nem fejlődik.

Ezen túlmenően az embrió beültetés során a méh üregébe ültetett embrió az esetek 70 %-ában nem tapad meg, terhességet nem eredményez. Ennek megfelelően a teherbeesés valószínűsége in vitro fertilizációs kezelés után világszerte 15-20 %, ha a petesejtnyerések számára, illetve 20-25 %, ha az

embriótranszferek számára vonatkoztatunk. *Intézetünkben a teherbeesés valószínűsége 30-35 embriótranszferre vonatkoztatva, vagyis örvendetesen magasabb a nemzetközi átlagnál.*

A terhesség alatt fellépő szövődmények (idő előtti fájástevékenység, terhességi mérgezés, stb.) tekintetében a szervezeten kívüli megtermékenyítés útján fogant terhesség semmiben nem különbözik a spontán úton létrejött terhességektől. A kezelés jellegéből adódóan azonban az ikerterhesség létrejöttének esélye nagyobb, mint a spontán fellépő terhességek esetén. A kettős ikerterhesség valószínűsége in vitro fertilizációs kezelés esetén 20 %, a hármas ikerterhességé 5 %, szemben a természetes úton létrejött terhességek esetén előforduló 1 illetve 0,3 %-s gyakorisággal.

A korai vetélések gyakorisága a szervezeten kívüli megtermékenyítés után 20 %, szemben a természetes úton létrejött 5-10 %-os vetélési gyakoriságával. Az embrió beültetés után a méhen kívüli terhesség kialakulásának esélye nagyobb (5 %), mint az orvosi segítség nélkül létrejött terhességek esetén (2 %).

Mivel a kezelés során a petesejtek és a hímivarsejtek, illetve a megtermékenyülés után fejlődő embrió semmiféle olyan beavatkozáson nem mennek keresztül, mely az öröklődést hordozó anyagot érintené, az ily módon létrejött terhességből születő gyermek károsodása vagy fejlődési rendellenessége nem valószínűbb, mint az átlag népességben. Ezt igazolja, hogy több tízezer szervezeten kívüli megtermékenyítés útján a fogant újszülött vizsgálata során azonos gyakorisággal találtak fejlődési rendellenességet, mint az a spontán létrejött terhességekből születő újszülöttek esetében ismert (2 - 3 %). Férfi eredetű meddség esetében (csökkent spermium szám), amikor a megtermékenyítést a spermium petesejtbe való injectálásával érjük el (ICSI) , a fejlődési rendellenesség kockázata 1 %-al nő az átlagoshoz képest, vagyis elérheti az 3.5 %-t. A kockázati emelkedés nem az ICSI programból adódik, hanem az ivarsejtek genetikai állományában esetlegesen meglévő rendellenesség okozza. Ilyenkor a terhesség alatt genetikai tanácsadáson való részvétel (12-16. héten) javasolt.

Természetesen nem zárható ki, hogy amennyiben a szülők addig fel nem ismert betegségek hordozói, úgy azt esetleg a mesterséges megtermékenyítés után születendő gyermek is örökölheti. Ez a kockázat azonban minden terhességben fennáll.

A tájékoztatót átvettem., 20-n

.....
feleség aláírása

.....
férj aláírása

**KÉRELEM ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT AZ IVF
ILLETVE ICSI PROGRAMBA**

Alulírottak a szervezeten kívüli mesterséges megtermékenyítés és embrió beültetés részleteiről, illetve esetleges szövődményeiről, valamint a kezelés sikerességének esélyeiről részletes felvilágosítást kaptunk és azt megértettük. Minden általunk megfogalmazott kérdésünkre kielégítő választ kaptunk. Több kérdésünk nincs. Mindketten egyöntetűen kérjük a gyermekáldás elmaradásának szervezeten kívüli megtermékenyítés útján történő kezelését, és a fent leírt beavatkozások elvégzését.

A szám feletti (megtermékenyítésre nem kerülő) petesejtek, illetve a számfeletti (embrió beültetésre nem kerülő) embriók sorsáról a következőkben rendelkezünk:

Kérjük a legalább 2 darab szám feletti, megfelelő minőségű és osztódási sebességű embriók mélyfagyasztását és fagyasztva tárolását, tudomásul véve azt, hogy a fagyasztási – tárolási - felengedési eljárás folyamán ezek 25%-ban károsodhatnak.

.....

Nem járulunk hozzá a számfeletti embriók fagyasztásához

.....

Kérjük és beleegyezzünk a donor sperma felhasználásába

.....

Kérjük ICSI (spermium művi petesejtbe juttatását) ill. LAH eljárás (az embrió tokjának lézerrel történő megnyitását)

.....

Budapest, 20 hó nap

.....
a felvilágosítást végző orvos aláírása

.....
az embriológus aláírása

Hozzájárulunk, hogy személyes adataink felhasználása nélkül az intézet orvosi adatainkat tudományos tevékenységéhez felhasználhassa.

A felvilágosító előadáson 20 részt vettünk.

Vállalom, hogy a bekövetkezett terhesség sorsáról az intézményt tájékoztatjuk.
Az egészségügyi, illetve személyazonosító adatok kezeléséhez hozzájárulunk.

.....



Észak-Közép-budai Centrum
Új Szent János Kórház és Szakrendelő
1125 Budapest, Diós árok 1-3.
010620401 Budai meddőségi Centrum (szakambulancia)

Vezető főorvos: Dr. Konc János
Telefon: 458-4579,458-4580,központ 458-4500 Internet:www.janoskorhaz.hu

NYILATKOZAT

Alulírott,..... büntető jogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy 1997. október 1-óta rajtam magyarországi egészségügyi intézményben a társadalombiztosítás által támogatott embriótranszferrel végződött:

- szervezeten kívüli megtermékenyítés és embrióbeültetés (IVF-ET)
- ivarsejtadományozással történő testen kívüli megtermékenyítés és embrióbeültetés
- női ivarsejt megtermékenyítése (ICSI), valamint az embrió megtapadását elősegítő egyéb módszer eddig összesen..... alkalommal végeztek.

Ezen nyilatkozatot a Szent János Kórház, Budai Meddőségi Centrum részére, a felsorolt beavatkozás típusok valamely tervezett formájának társadalombiztosítás által történő finanszírozásához a 49/1997. (XII.17.) NM rendelet 5.§. (3) bek. értelmében adtam.

Dátum:-----

Aláírás:----- Szig.sz.:-----



Észak-Közép-budai Centrum
Új Szent János Kórház és Szakrendelő
1125 Budapest, Diós árok 1-3.
010620401 Budai meddősségi Centrum (szakambulancia)

Vezető főorvos: Dr. Konc János
Telefon: 458-4579,458-4580,központ 458-4500 Internet:www.janoskorhaz.hu

HÁZIREND 2 sz. melléklete

Alulírott..... születési
dátum.....

TAJ szám.....elismerem, hogy kórházba való felvételem során
figyelmemet
felhívták az osztályon kifüggesztett **HÁZIREND** megismerésének lehetőségére.

Kijelentem továbbá, hogy figyelmemet felhívták arra is, hogy kórházi tartózkodásom idejére
pénzemet és egyéb, a kórházba behozott értékeimet az Intézet házi pénztárába **ingyenes
kórházi letétbe helyezhetem.** Egyúttal tudomásul veszem, hogy az Intézet csak a kórházi
letétbe helyezett készpénzért és értéktárgyakért vállal felelősséget.

Kijelentem továbbá, hogy osztályos felvételem során tájékoztatást kaptam a betegazonosító
csuklószalag viselésének szükségességéről, valamint az igénybe vehető térítésköteles
ellátásokról.

Személyi igazolványomat, TAJ kártyámat, igazolványaimat visszakaptak.

Egészségügyi ellátásom alatt felvilágosítás
adható:.....személy/személyek részére.

Betegségemről, annak várható kimeneteléről még kérésükre se tájékoztassák az alábbi
személyeket:

Név:.....Lakcím:.....
.....

Budapest, 20.....év.....hó.....napján.

.....
Tájékoztatást végző orvos
aláírása, orvosi pecsétje

.....
Beteg (hozzátartozó, tv.képv.)
aláírása

**Kijelentem, hogy a tájékoztatás ellenére értéktárgyaim letétbe helyezésének
lehetőségével nem kívánok élni.**

.....
Beteg (hozzátartozó, tv.képv.) aláírása
A tájékoztatás ellenére sem járulok hozzá a betegazonosító csuklószalag viseléséhez.

Budapest, 20..... év..... hó.....napján.

.....
Beteg (hozzátartozó, tv.képv.) aláírása



Észak-Közép-budai Centrum

Új Szent János Kórház és Szakrendelő

1125 Budapest, Diós árok 1-3.

010620401 Budai meddősegi Centrum (szakambulancia)

Vezető főorvos: Dr. Konc János

Telefon: 458-4579,458-4580,központ 458-4500 Internet:www.janoskorhaz.hu

NYILATKOZAT

Alulírott büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy az elmúlt időszakban (két hónapon belül) a Szent János Kórházban fekvő betegként egyik osztályon sem részesültem ápolásban.

Budapest, 2021.

.....

páciens aláírása

Beleegyező nyilatkozat fagyasztva tárolt embriókról

Szent János Kórház
BUDAI MEDDŐSSÉGI KÖZPONT
Dr. KONC JÁNOS főorvos
Az orvostudományok kandidátusa
1125. Budapest, Diós árok 1-3. Tel: 458-4579, 458-4580, Fax: 458-4654

Együttes rendelkezési nyilatkozat fagyasztva tárolt embriókról.

Alulírottak.....(feleség/nő)

.....(férj/férfi)

/BMC:...../

A Szent János Kórház, Budai Meddőségi Centrum asszisztált reprodukciós központjában (a továbbiakban: ARK) tárolt, saját ivarsejtjeinkből, vagy adományozott és saját ivarsejtjeinkből származó embriók további felhasználásáról a következők szerint rendelkezünk*.

1. Az embriókat későbbi saját felhasználás céljából letétbe kívánjuk helyezni.

A letétbe helyezett embriók feletti rendelkezés jogát a továbbiakban

a) együttesen, vagy

b) a mellékelten csatolt, közokiratban (teljes bizonyító erejű magánokiratban) foglalt lemondó

nyilatkozatnak megfelelően kívánjuk gyakorolni.

Tudomásul vesszük, hogy bármelyikünk halála esetén az embriók feletti rendelkezés jogát a túlélő rendelkezésre jogosult gyakorolja. Mindkettőnk halála, válásunk, illetve élettársi kapcsolatunk megszűnése esetére*

a) felajánljuk a tárolt embriókat más személyeknél elvégzendő reprodukciós eljárás céljára,

b) felajánljuk a tárolt embriókat embriókutatás céljára,

c) kérjük az embriók megsemmisítését.

2. Az embriókat más személyeknél történő reprodukciós eljárás céljára felajánljuk.

Tudomásul vesszük, hogy – amennyiben a felajánlást az intézet (klinika) elfogadja – nyilatkozatunkkal az embriók feletti rendelkezés jogát elveszítjük. Tudomásul vesszük, hogy az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. Törvény 176. §-ának (1) bekezdésére figyelemmel az embrióadományozáshoz szükséges az embrió létrehozó személyek életkorának, külsődleges testi jegyeinek, valamint az ismeretes megbetegedéseinek közlése. Ezen adatokat a következők szerint rendelkezésre

bocsájtjuk:.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Tudomásul vesszük, hogy a hatályos jogszabályok alapján az embrióadományozás anonim, ennek megfelelően személyazonosító adatainkat a fagyasztva tárolást végző intézet (klinika) bizalmasan kezeli, egyidejűleg azonban az embriókat felhasználó személyek adatairól tájékoztatást mi sem kapunk, ilyen tájékoztatásra jogosultak nem vagyunk.

3. Az embriókat orvostudományi kutatás céljára felajánljuk. Tudomásul vesszük, hogy e nyilatkozatunkkal – amennyiben a felajánlást az intézet (klinika) vagy a kutatóhely elfogadja – az embriók feletti rendelkezési jogunkat elveszítjük.

Kelt: Budapest,

.....

feleség/nő

.....

férj/férfi

* A választott rendelkezésnek megfelelő nyilatkozat sorszámát kérjük jól láthatóan bekeretezni.

Fagyasztott embrió transferhez felengedési nyilatkozat



Észak-Közép-budai Centrum
Új Szent János Kórház és Szakrendelő
010620400 Budai meddőségi Centrum (szakambulancia) II.

Vezető főorvos: Dr. Konc János orvostudomány kandidátusa
1125 Budapest, Diós árok 1-3
Telefon: Közvetlen: 458- 4579, 458- 4580, központ 458- 4500 Internet:
www.janoskorhaz.hu www.janoskorhaz.hu

...../BMC

Kérelem

Férj/Élettárs:

Feleség/Élettárs:

Született:

Született:

TAJ:

TAJ:

Lakcím:

Meghatalmazzuk és együttesen kérjük a Budai Meddőségi Centrumot, hogy 2021.....-tól – az intézetben fagyasztva tárolt embriókat felengedjék és visszaültessék.

.....
férj/élettárs

.....
feleség/élettárs

Budapest, 2021.....

Tanú:.....

Tanú:.....

Abrasio



Észak-Közép-budai Centrum

**Új Szent János Kórház és Szakrendelő
1125 Budapest, Diós árok 1-3.**

010620401 Budai meddőségi Centrum (szakambulancia)

Vezető főorvos: Dr. Konc János

Telefon: 458-4579,458-4580,központ 458-4500 Internet:www.janoskorhaz.hu

KÉRELEM ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

A beteg neve.....

A beavatkozás (műtét) megnevezése.....

A beavatkozást (műtétet) végző orvos.....

Kérem a gyógyintézetet, hogy a fent megnevezett beavatkozást, ill. műtétet rajtam elvégezni szíveskedjenek. A megajánlott beavatkozás elvégzéséhez egyetértő beleegyezésemet adom. Elismerem, hogy döntésem megkönnyítésére személyesen megfelelően tájékoztattak.

Ismertették velem a beavatkozást indokló betegséget, ill. kóros állapotot, a betegség veszélyeit, a kezelés esetleges egyéb lehetőségeit, a tervezett beavatkozás módját, annak várható hatását és következményeit, lehetséges szövődményeit, a szükséges vizsgálatokat, az esetleges szükséges járulékos beavatkozásokat, a gyógyulás kilátásait, valamint azt, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészség károsodás lehet a következménye.

A beavatkozással és a beavatkozás azon változtatásaival, amelyek a műtét alatt kényszerhelyzetben adódhatnak, egyetértek. A kapott felvilágosítást elegendőnek találtam, további felvilágosítást nem kérek.

Megértem és tudomásul veszem azt is, hogy a kivizsgálásom és kezelése során tanuló nővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

A műtéti érzéstelenítésért (altatásért) felelős orvos.....
napon az előzetes vizsgálatok és az általam kitöltött kérdőív alapján, további 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.

Beleegyezem, hogy a tervezett műtétet (vizsgálatot) altatásban, ill. helyi 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 vérátömlesztéssel.

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 egyedül közlekednem, ezért kíséret nélkül nem vállalkozom a hazamenetelre.

Megértettem, hogy az érzéstelenítés utóhatásai miatt legkorábban 24 óra múlva szabad aktívan a utcai forgalomban részt vennem, autót vezetnem, gépen dolgoznom, szeszes italt fogyasztanom.

A felvilágosítást megértettem, kérdéseimre választ kaptam.

Aktuálisan további kérdésem nincs, a tervezett beavatkozásba beleegyezem.

Az érzéstelenítésbe beleegyezem - nem egyezem bele.

A vérátömlesztésbe beleegyezem - nem egyezem bele.

Az orvos által ajánlott beavatkozásba nem egyezem bele.

Visszautasításom lehetséges hátrányairól felvilágosítást kaptam. Tudomásul veszem, hogy az intézet az ebből eredő következményekért nem felelhet.

Egyéb kérésem, kérdésem, megjegyzésem:.....

.....

.....

Dátum:

.....
Felvilágosító orvos aláírása

.....
A beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

.....

.....

Felvilágosító anaesthesiológus aláírása

Tanú aláírása

MŰTÉT/BEAVATKOZÁS RÉSZLETES BETEGTÁJÉKOZTATÓJA ÉS A

BETEG BELEEGYEZŐ NYILATKOZATA

Beteg neve: TAJ száma: Születési dátuma:

Tájékoztatót adó orvos neve:

MÉHKAPARÁS

(ABRASIO)

1. Az ajánlott kezelés leírása, beavatkozás elnevezése, beavatkozás indikációja:

Diagnosztikus és gyógyító: hormonális zavarok, jóindulatú, vagy rosszindulatú daganatok kizárására, gyógyító hosszantartó vérzéseknél.

Beavatkozás technikája: a műtét végezhető a beteg kérése szerint rövid idejű vénás altatásban, vagy helyi érzéstelenítésben. A hüvelyt fertőtlenítő oldattal kitöröljük, a méhürt megszondázzuk, a méhnyakat fémpálcákkal feltágítjuk és curette kanállal lekaparjuk a nyakcsatorna és a méh nyálkahártyáját, a kaparékot szeparáltan szövettani vizsgálatra küldjük.

2. Az ajánlott beavatkozás és gyógmód célja:

Diagnosztikus és gyógyító: hormonális zavarok, jóindulatú, vagy rosszindulatú daganatok kizárására, gyógyító hosszantartó vérzéseknél.

3. A tervezett beavatkozás kockázata, várható következményei és szövődményei:

A fertőtlenítéshez, vagy az érzéstelenítéshez használt anyagokkal szemben túlérzékenységi reakció léphet fel. A műtét során igen ritkán a méhfalon áthatoló sérülés keletkezhet. Ez kórházi megfigyelést, antibiotikus kezelést, szükség esetén hasi műtétet vonhat maga után, igen ritkán nagyfokú vérzés alakulhat ki, mely transfúzió adását teheti szükségessé, igen ritkán ez akár életet is veszélyeztethető mértékű lehet. A műtétet követően gyulladás alakulhat ki mely gyógyszeres kezeléssel általában megszüntethető. Késői szövődményként a méhüreg összenövésai miatt meddőség alakulhat ki.

Az Egészségügyi Minisztérium Sebészeti Szakmai Kollégium szakmai protokollja szerint intézményünk tájékoztatja, hogy a legnagyobb gondosság mellett is, **bizonyos körülmények között előfordulhat idegentest véletlen visszahagyása.**

A műtéti szövődmények extrém esetben súlyos, tartós egészségkárosodáshoz is vezethetnek!

4. Alternatívák ismertetése:

Vérzészavarok megszüntetésében bizonyos esetekben lehetőség van gyógyszeres kezelésre, de korrekt szövettani vizsgálati lelet csak a műtét elvégzésével nyerhető, ezért jó vagy rosszindulatú daganatok esetén a műtétnek nincs alternatív kezelési lehetősége.

5. Kezelés elhagyásának várható következménye:

A hosszú ideig tartó vérzés vérszegénységhez vezet. A beavatkozás elmaradásával egyértelmű diagnózis hiányában az orvos nem tudja a legkorszerűbb kezelési eljárásokat alkalmazni.

6. A siker valószínűsége és a siker jelentésének értelmezése:

A műtét elvégzése szövődmény nélkül jelenti a sikeres beavatkozást, melynek igen valószínűsége, de ez függ a beteg fizikó-szociális állapotától, és a műtéti körülményektől.

7. A felépülés alatt várható fontosabb problémák, gyógyulás időtartalma:

A műtétet követően gyulladás alakulhat ki mely gyógyszeres kezeléssel általában megszüntethető. Kialakulhat méhszájhegesedés vagy szűkülés is mely ismételten műtéti beavatkozást vonhat maga után. Késői szövődmenyként a méhüreg összenövései miatt meddőség alakulhat ki. Szövődménymentes esetben egyéntől függően 2-3 napos gyógyulás várható.

8. A beteg által feltett egyéb kérdésekre adott válaszok:

.....
.....
.....

NYILATKOZAT

Elismerem, hogy részletes szóbeli tájékoztatást kaptam: egészségi állapotomról, beleértve ennek orvosi megítélését is, a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról, a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól, a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjáról, a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről, az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről, a további ellátásokról, a javasolt életmódról. A felvilágosítás teljességgel kielégítő volt, a további tájékoztatásomról kifejezetten lemondok.

A megajánlott beavatkozáshoz egyetértő beleegyezésemet adom, mely megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszerből mentes. Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom.

A beavatkozás olyan, orvosilag indokolt kiterjesztéséhez, amely előre nem volt látható, hozzájárulásomat adom.

Egyetértek az orvosilag indokolt változtatásokkal, az érzéstelenítés módosításával, illetve kiterjesztésével, és az esetlegesen szükségessé váló vérátömlesztéssel.

A felvilágosítást megértettem, kérdéseimre választ kaptam.

Budapest, 2021.

.....
orvos aláírása és pecsétje

.....
beteg (törvényes képviselő) aláírása

Műszeres befejezés



Észak-Közép-budai Centrum

**Új Szent János Kórház és Szakrendelő
1125 Budapest, Diós árok 1-3.**

010620401 Budai meddőségi Centrum (szakambulancia)

Vezető főorvos: Dr. Konc János

Telefon: 458-4579,458-4580,központ 458-4500 Internet:www.janoskorhaz.hu

KÉRELEM ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

A beteg neve.....

A beavatkozás (műtét) megnevezése.....

A beavatkozást (műtétet) végző orvos.....

Kérem a gyógyintézetet, hogy a fent megnevezett beavatkozást, ill. műtétet rajtam elvégezni szíveskedjenek. A megajánlott beavatkozás elvégzéséhez egyetértő beleegyezésemet adom. Elismerem, hogy döntésem megkönnyítésére személyesen megfelelően tájékoztattak.

Ismertették velem a beavatkozást indokló betegséget, ill. kóros állapotot, a betegség veszélyeit, a kezelés esetleges egyéb lehetőségeit, a tervezett beavatkozás módját, annak várható hatását és következményeit, lehetséges szövődményeit, a szükséges vizsgálatokat, az esetleges szükséges járulékos beavatkozásokat, a gyógyulás kilátásait, valamint azt, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészség károsodás lehet a következménye.

A beavatkozással és a beavatkozás azon változtatásaival, amelyek a műtét alatt kényszerhelyzetben adódhatnak, egyetértek. A kapott felvilágosítást elegendőnek találtam, további felvilágosítást nem kérek.

Megértem és tudomásul veszem azt is, hogy a kivizsgálásom és kezelése során tanuló nővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

A műtéti érzéstelenítésért (altatásért) felelős orvos.....

napon az előzetes vizsgálatok és az általam kitöltött kérdőív alapján, további 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.

Beleegyezem, hogy a tervezett műtétet (vizsgálatot) altatásban, ill. helyi 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 vérátömlesztéssel.

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 egyedül közlekednem, ezért kíséret nélkül nem vállalkozom a hazamenetelre. Megértettem, hogy az érzéstelenítés utóhatásai miatt legkorábban 24 óra múlva szabad aktívan a utcai forgalomban részt vennem, autót vezetnem, gépen dolgoznom, szeszes italt fogyasztanom.

A felvilágosítást megértettem, kérdéseimre választ kaptam.

Aktuálisan további kérdésem nincs, a tervezett beavatkozásba beleegyezem.

Az érzéstelenítésbe beleegyezem - nem egyezem bele.

A vérátömlesztésbe beleegyezem - nem egyezem bele.

Az orvos által ajánlott beavatkozásba nem egyezem bele.

Visszaütasításom lehetséges hátrányairól felvilágosítást kaptam. Tudomásul veszem, hogy az intézet az ebből eredő következményekért nem felelhet.

Egyéb kérésem, kérdésem, megjegyzésem:.....

.....

.....

Dátum:

.....
Felvilágosító orvos aláírása

.....
A beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

.....
Felvilágosító anaesthesiológus aláírása

.....
Tanú aláírása

Cysta



Észak-Közép-budai Centrum

Új Szent János Kórház és Szakrendelő

1125 Budapest, Diós árok 1-3.

010620401 Budai meddőségi Centrum (szakambulancia)

Vezető főorvos: Dr. Konc János

Telefon: 458-4579,458-4580,központ 458-4500 Internet:www.janoskorhaz.hu

KÉRELEM ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

A beteg neve.....

A beavatkozás (műtét) megnevezése.....

A beavatkozást (műtétet) végző orvos.....

Kérem a gyógyintézetet, hogy a fent megnevezett beavatkozást, ill. műtétet rajtam elvégezni szíveskedjenek. A megajánlott beavatkozás elvégzéséhez egyetértő beleegyezésemet adom. Elismerem, hogy döntésem megkönnyítésére személyesen megfelelően tájékoztattak.

Ismertették velem a beavatkozást indokló betegséget, ill. kóros állapotot, a betegség veszélyeit, a kezelés esetleges egyéb lehetőségeit, a tervezett beavatkozás módját, annak várható hatását és következményeit, lehetséges szövődményeit, a szükséges vizsgálatokat, az esetleges szükséges járulékos beavatkozásokat, a gyógyulás kilátásait, valamint azt, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészség károsodás lehet a következménye.

A beavatkozással és a beavatkozás azon változtatásaival, amelyek a műtét alatt kényszerhelyzetben adódhatnak, egyetértek. A kapott felvilágosítást elegendőnek találtam, további felvilágosítást nem kérek.

Megértem és tudomásul veszem azt is, hogy a kivizsgálásom és kezelése során tanuló nővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

A műtéti érzéstelenítésért (altatásért) felelős orvos.....

napon az előzetes vizsgálatok és az általam kitöltött kérdőív alapján, további 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.

Beleegyezem, hogy a tervezett műtétet (vizsgálatot) altatásban, ill. helyi 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 vérátömlesztéssel.

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 egyedül közlekednem, ezért kíséret nélkül nem vállalkozom a hazamenetelre.

Megértettem, hogy az érzéstelenítés utóhatásai miatt legkorábban 24 óra múlva szabad aktívan a utcai forgalomban részt vennem, autót vezetnem, gépen dolgoznom, szeszes italt fogyasztanom.

A felvilágosítást megértettem, kérdéseimre választ kaptam.

Aktuálisan további kérdésem nincs, a tervezett beavatkozásba beleegyezem.

Az érzéstelenítésbe beleegyezem - nem egyezem bele.

A vérátömlesztésbe beleegyezem - nem egyezem bele.

Az orvos által ajánlott beavatkozásba nem egyezem bele.

Visszautasításom lehetséges hátrányairól felvilágosítást kaptam.
Tudomásul veszem, hogy az intézet az ebből eredő következményekért nem felelhet.

Egyéb kérésem, kérdésem, megjegyzésem:.....

.....

.....

Dátum:

.....
Felvilágosító orvos aláírása

.....
A beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

.....
Felvilágosító anaesthesiológus aláírása

.....
Tanú aláírása

**Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak
Budai meddősegi Centrum (szakambulancia)**

Osztályvezető főorvos: Dr. Dr. Konc János

1125 Budapest, Diós árok 1-3.

Telefon: Iroda tel.: Közvetlen: 458- 4579, 458- 4580, központ 458- 4500 Internet:

www.janoskorhaz.hu

Cysta Aspiratio Betegtájékoztató
(a beleegyező nyilatkozat 5. számú melléklete)

Az alábbi ismertetéssel szeretnénk segítségére lenni a betegségről, valamint a tervezett beavatkozás jelentőségéről, módjáról, következményeiről és a lehetséges szövődményekről.

Ultrahanggal vezérelt cysta aspiratio
(Petefészek tömlő kiürítése aspirációs túvel)

1. Az ajánlott kezelés leírása, beavatkozás elnevezése, beavatkozás indikációja:

A petefészek ciklusos működésének jellegéből adódóan bármelyik női ciklusban maradhatnak vissza meg nem repedt, vagy másodlagosan visszatelődött tüszőből származó petefészek tömlők. Ezek akár már egy adott ciklust követő menzesz során is spontán eltűnhetnek, felszívódhatnak. Asszisztált reprodukciós kezelések azonban cysták jelenlétében nem végezhetőek el, ezért szükségessé válhat ezek ultrahanggal vezérelt tűszúrással történő kiürítése.

Beavatkozás technikája: a műtét végezhető a beteg kérése szerint rövid idejű vénás altatásban, vagy helyi érzéstelenítésben. Túvezetővel ellátott hüvelyi ultrahangvizsgáló fejjel ultrahanggal vezérelve a petefészek tömlő bennéke a tűn keresztül az operátor közvetlen szem ellenőrzése mellett kiürítésre kerül vákum szívás mellett.

2. Az ajánlott beavatkozás és gyógy mód célja:

A spontán ciklusban, vagy asszisztált reprodukciós kezelések során létrejött petefészek tömlő kiürítése, és a tömlő bennékeinek cytologiai vizsgálatra elérhetővé tétele.

3. A tervezett beavatkozás kockázata, várható következményei és szövődményei:

A fertőtlenítéshez, vagy az érzéstelenítéshez használt anyagokkal szemben túlérzékenységi reakció léphet fel. A műtétnél igen ritkán a környező szervek (hólyag, húgyvezeték, bél, méhfal és erek) sérülése keletkezhet. Ez kórházi megfigyelést, antibiotikus kezelést, szükség esetén hasi műtétet vonhat maga után, mely alatt a súlyos vérzés következtében transzfúzió adása is szükségessé válhat közvetlen életveszély miatt. A műtétet követően gyulladás alakulhat ki, mely gyógyszeres kezeléssel általában megszüntethető. Amennyiben a leszívott folyadékból a sejttani vizsgálat esetlegesen daganatsejtek jelenlétét igazolja, úgy szükségessé válhat további nőgyógyászati, daganatsebészeti beavatkozás is.

4. Alternatívák ismertetése:

A műtéti úton kívül lehetőség van megvárni a következő női ciklust, melynek során a tömlő kiürülhet, felszívódhat, mely a műtét elvégzését szükségtelenné teszi. Gyógyszeres kezelés is megkísérélhető, ez esetben viszont a sejttani mintavétel és az ebből adódó esetleges kórmeállítás lehetősége elmarad.

5. Kezelés elhagyásának várható következménye:

Nem kapunk sejtani információt a petefészek tömlő jellegéről. Nagyon ritkán, 10 ezrelékes gyakorisággal, főleg koraterhességhez társulva a petefészek tömlők kocsánycsavarodása jöhet létre, amelynek tartós fennállása során a petefészek az odavezető erek elzáródásának következtében elhalhat. Ennek megelőzése érdekében laparoscópos vagy nyílt hasműtét elvégzésére kerülhet sor.

6. A siker valószínűsége és a siker jelentésének értelmezése:

A műtét elvégzése szövődmény nélkül jelenti a sikeres beavatkozást, azonban tudni kell, hogy ezt követően is visszatelődhet a petefészek tömlő. Ennek következtében ismételt tömlő leszívásra, vagy sorozatos recidívák miatt akár laparoscópos, vagy nyílt hasműtétes kezelés is szükségessé válhat a végleges megoldás érdekében.

7. A felépülés alatt várható fontosabb problémák, gyógyulás időtartama:

A műtétet követően gyulladás alakulhat ki, mely gyógyszeres kezeléssel általában megszüntethető.

A műtét jellegéből adódóan a beteg már a műtét napján gyógyultan távozhat, ennek okán felépülési időről nem beszélünk.



Észak-Közép-budai Centrum
Új Szent János Kórház és Szakrendelő
1125 Budapest, Diós árok 1-3.
010620401 Budai meddősegi Centrum (szakambulancia)

Vezető főorvos: Dr. Konc János
Telefon: 458-4579,458-4580,központ 458-4500 Internet:www.janoskorhaz.hu

HÁZIREND 2 sz. melléklete

Alulírott..... születési
dátum.....
TAJ szám..... elismerem, hogy kórházba való felvételem során
figyelmemet
felhívták az osztályon kifüggesztett **HÁZIREND** megismerésének lehetőségére.

Kijelentem továbbá, hogy figyelmemet felhívták arra is, hogy kórházi tartózkodásom idejére
pénzemet és egyéb, a kórházba behozott értékeimet az Intézet házi pénztárába **ingyenes
kórházi letétbe helyezhetem**. Egyúttal tudomásul veszem, hogy az Intézet csak a kórházi
letétbe helyezett készpénzért és értéktárgyakért vállal felelősséget.

Kijelentem továbbá, hogy osztályos felvételem során tájékoztatást kaptam a betegazonosító
csuklószalag viselésének szükségességéről, valamint az igénybe vehető térítésköteles
ellátásokról.

Személyi igazolványomat, TAJ kártyámat, igazolványaimat visszakaptak.

Egészségügyi ellátásom alatt felvilágosítás
adható:.....személy/személyek részére.

Betegségemről, annak várható kimeneteléről még kérésükre se tájékoztassák az alábbi
személyeket:

Név:.....Lakcím:.....
.....

Budapest, 20.....év.....hó.....napján.

.....
Tájékoztatást végző orvos
aláírása, orvosi pecsétje

.....
Beteg (hozzátartozó, tv.képv.)
aláírása

**Kijelentem, hogy a tájékoztatás ellenére értéktárgyaim letétbe helyezésének
lehetőségével nem kívánok élni.**

.....
Beteg (hozzátartozó, tv.képv.) aláírása

A tájékoztatás ellenére sem járulok hozzá a betegazonosító csuklószalag viseléséhez.

Budapest, 20..... év..... hó.....napján.

.....
Beteg (hozzátartozó, tv.képv.) aláírása



Észak-Közép-budai Centrum

Új Szent János Kórház és Szakrendelő

1125 Budapest, Diós árok 1-3.

010620401 Budai meddőségi Centrum (szakambulancia)

Vezető főorvos: Dr. Konc János

Telefon: 458-4579,458-4580,központ 458-4500 Internet:www.janoskorhaz.hu

NYILATKOZAT

Alulírott büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy az elmúlt időszakban (két hónapon belül) a Szent János Kórházban fekvő betegként egyik osztályon sem részesültem ápolásban.

Budapest, 2021.

.....

páciens aláírása

HSG



Észak-Közép-budai Centrum

Új Szent János Kórház és Szakrendelő

1125 Budapest, Diós árok 1-3.

010620401 Budai meddősségi Centrum (szakambulancia)

Vezető főorvos: Dr. Konc János

Telefon: 458-4579,458-4580,központ 458-4500 Internet:www.janoskorhaz.hu

KÉRELEM ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

A beteg neve.....

A beavatkozás (műtét) megnevezése.....

A beavatkozást (műtétet) végző orvos.....

Kérem a gyógyintézetet, hogy a fent megnevezett beavatkozást, ill. műtétet rajtam elvégezni szíveskedjenek. A megajánlott beavatkozás elvégzéséhez egyetértő beleegyezésemet adom. Elismerem, hogy döntésem megkönnyítésére személyesen megfelelően tájékoztattak.

Ismertették velem a beavatkozást indokló betegséget, ill. kóros állapotot, a betegség veszélyeit, a kezelés esetleges egyéb lehetőségeit, a tervezett beavatkozás módját, annak várható hatását és következményeit, lehetséges szövődményeit, a szükséges vizsgálatokat, az esetleges szükséges járulékos beavatkozásokat, a gyógyulás kilátásait, valamint azt, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészség károsodás lehet a következménye.

A beavatkozással és a beavatkozás azon változtatásaival, amelyek a műtét alatt kényszerhelyzetben adódhatnak, egyetértek. A kapott felvilágosítást elegendőnek találtam, további felvilágosítást nem kérek.

Megértem és tudomásul veszem azt is, hogy a kivizsgálásom és kezelése során tanuló nővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

A műtéti érzéstelenítésért (altatásért) felelős orvos.....

napon az előzetes vizsgálatok és az általam kitöltött kérdőív alapján, további 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.

Beleegyezem, hogy a tervezett műtétet (vizsgálatot) altatásban, ill. helyi 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 vérátömlesztéssel.

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 egyedül közlekednem, ezért kíséret nélkül nem vállalkozom a hazamenetelre. Megértettem, hogy az érzéstelenítés utóhatásai miatt legkorábban 24 óra múlva szabad aktívan a utcai forgalomban részt vennem, autót vezetnem, gépen dolgoznom, szeszes italt fogyasztanom.

A felvilágosítást megértettem, kérdéseimre választ kaptam.

Aktuálisan további kérdésem nincs, a tervezett beavatkozásba beleegyezem.

Az érzéstelenítésbe beleegyezem - nem egyezem bele.

A vérátömlesztésbe beleegyezem - nem egyezem bele.

Az orvos által ajánlott beavatkozásba nem egyezem bele.

Visszautasításom lehetséges hátrányairól felvilágosítást kaptam. Tudomásul veszem, hogy az intézet az ebből eredő következményekért nem felelhet.

Egyéb kérésem, kérdésem, megjegyzésem:.....

.....

.....

Dátum:

.....
Felvilágosító orvos aláírása

.....
A beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

.....
Felvilágosító anaesthesiológus aláírása

.....
Tanú aláírása

**Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak
Budai meddősegi Centrum (szakambulancia)**

Osztályvezető főorvos: Dr. Dr. Konc János

1125 Budapest, Diós árok 1-3.

Telefon: Iroda tel.: Közvetlen: 458- 4579, 458- 4580, központ 458- 4500 Internet:

www.janoskorhaz.hu

HSG Betegtájékoztató

(a beleegyező nyilatkozat 2. számú melléklete)

HSG (HYSTEOSALPINGOGRAPHIA, petevezetékek átjárhatóságának vizsgálata)

VIII A tervezett beavatkozás elnevezése: Hysterosalpingographia (HSG), a petevezetékek átjárhatóságának vizsgálata.

A tervezett beavatkozás indikációja: 1 éves gyermektelenség esetén, részletes nőgyógyászati és onkológiai kivizsgálás, hormonprofil és a férj andrológiai kivizsgálása mellett végezhető.

A vizsgálatot közvetlenül a menstruáció után végezzük – azért, de a méhüreg alaki rendellenességeit is kimutathatja. A vizsgálat során egy speciális eszköz, vagy egy hajlékony katéter kerül a méhbe felhelyezésre, majd ezt követően a beteg röntgen képerősítő vizsgáloasztalra fekszik. Először üres hasi felvétel készül, majd a felhelyezett katéteren át kontrasztanyagot juttatunk a méh üregébe, mely kirajzolja a **méhet, illetve kétoldalt a kürtöket és átjárhatóság esetén a szabad hasüregben is megjelenik.**

IX A tervezett beavatkozás célja: diagnosztikus eljárás.

3. A tervezett beavatkozás kockázata, várható következményei és szövödményei:

A kontrasztanyag bejuttatása nyomás alatt történik, amely esetenként kellemetlen, feszítő érzéssel járhat, alhasi görcsöket, rosszullétet okozhat. Ritkán azonnali kontrasztanyag allergia, esetleg következményes méh-és petevezeték gyulladás is kialakulhat.

4. Alternatív beavatkozások: a beavatkozás alternatívája az altatásban végzett laparoscopia során történő átjárhatósági vizsgálat. Ennek során a hasüregbe vezetett kamera segítségével a petevezetők átjárhatóságát előzetes festékanyag befecskendezését követően szem ellenőrzése mellett végezzük.

5. A tervezett beavatkozás elmaradásának várható következményei: tekintettel az eljárás diagnosztikus jellegére és indikációira az elmaradt beavatkozásnak a páciensnél egészségét veszélyeztető kockázata nincs.

6. A siker valószínűsége és a siker jelentése az orvos értelmezésében:

A sikert **ebben az esetben a petevezetékek átjárhatóságának kiderítése, a diagnózis felállítása** jelenti.

7. A felépülés alatt várható fontosabb problémák, a gyógyulás időtartam, amíg a beteg nem tud visszaállni a normális tevékenységre: a beavatkozást követően 2 óra múlva a beteg saját lábán távozhat. A néhány napig tapasztalható váladékozás, vérezgetés a hüvelyből ritkán a vizsgálat kísérőjelensége, nem kóros tünet.



Észak-Közép-budai Centrum
Új Szent János Kórház és Szakrendelő
1125 Budapest, Diós árok 1-3.
010620401 Budai meddősegi Centrum (szakambulancia)

Vezető főorvos: Dr. Konc János
Telefon: 458-4579,458-4580,központ 458-4500 Internet:www.janoskorhaz.hu

HÁZIREND 2 sz. melléklete

Alulírott..... születési
dátum.....
TAJ szám..... elismerem, hogy kórházba való felvételem során
figyelmemet
felhívták az osztályon kifüggesztett **HÁZIREND** megismerésének lehetőségére.

Kijelentem továbbá, hogy figyelmemet felhívták arra is, hogy kórházi tartózkodásom idejére
pénzemet és egyéb, a kórházba behozott értékeimet az Intézet házi pénztárába **ingyenes
kórházi letétbe helyezhetem**. Egyúttal tudomásul veszem, hogy az Intézet csak a kórházi
letétbe helyezett készpénzért és értéktárgyakért vállal felelősséget.

Kijelentem továbbá, hogy osztályos felvételem során tájékoztatást kaptam a betegazonosító
csuklószalag viselésének szükségességéről, valamint az igénybe vehető térítésköteles
ellátásokról.

Személyi igazolványomat, TAJ kártyámat, igazolványaimat visszakaptak.

Egészségügyi ellátásom alatt felvilágosítás
adható:.....személy/személyek részére.

Betegségemről, annak várható kimeneteléről még kérésükre se tájékoztassák az alábbi
személyeket:

Név:.....Lakcím:.....
.....

Budapest, 20.....év.....hó.....napján.

.....
Tájékoztatást végző orvos
aláírása, orvosi pecsétje

.....
Beteg (hozzátartozó, tv.képv.)
aláírása

**Kijelentem, hogy a tájékoztatás ellenére értéktárgyaim letétbe helyezésének
lehetőségével nem kívánok élni.**

.....
Beteg (hozzátartozó, tv.képv.) aláírása

A tájékoztatás ellenére sem járulok hozzá a betegazonosító csuklószalag viseléséhez.

Budapest, 20..... év..... hó.....napján.

.....
Beteg (hozzátartozó, tv.képv.) aláírása



Észak-Közép-budai Centrum

Új Szent János Kórház és Szakrendelő

1125 Budapest, Diós árok 1-3.

010620401 Budai meddőségi Centrum (szakambulancia)

Vezető főorvos: Dr. Konc János

Telefon: 458-4579,458-4580,központ 458-4500 Internet:www.janoskorhaz.hu

NYILATKOZAT

Alulírott büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy az elmúlt időszakban (két hónapon belül) a Szent János Kórházban fekvő betegként egyik osztályon sem részesültem ápolásban.

Budapest, 2021.

.....

páciens aláírása