

Cysta



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 BELEEGYEZŐ 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