

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott.....(név).....(születési idő)
tanúsítom, hogy Dr.....kellő mértékben felvilágosított az
alábbiakról:

1. Betegségemről, mely kórisme szerint (magyarul ÉS latinul): **aranyérbetegség, nodi haemorrhoidales**
2. Javasolt gyóymódról, mely (magyarul): **kórosan megnövekedett aranyeres párnák csonkolása, sz.e ellátó értörzsek aláöltése és az előbukkanó szövetek végbélbe történő visszaemelése az öltésekkel**
3. Helyette alkalmazható gyóymódokról: **nincs a műtéttel egyenértékű kezelés**

4. Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás előre nem várt kockázatait és szövődményeit, melyek szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak és a várható gyóym tartamot valamint a műtét hosszú távú eredményét kedvezőtlenül befolyásolhatják: **utóvérzés, vérömleny, sebgyógyulási zavar, sebgyógyulás, ér-idegsérülés, érzékszavar, hegesezés, kiújulás, tályog, záróizom sérülés, záróizom funkció zavara, székletartási nehezítettség, maradék aranyerek rögzösödése,..... légzési, keringési zavar, halálózás**

5. A javasolt beavatkozás kockázatairól, lehetséges szövődményeiről és várható következményeiről szóban a feltett kérdéseimre megfelelő választ kaptam és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék, milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattak, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról ill. annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

6. A kezelésbe (műtétbe, stb.) való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszeről mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam az alábbi kezelést (műtétet) elvégezzék: **aranyérbetegség műtéti megoldása**

7. ++ Hozzártartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem el:

- a) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:.....
- b) Az alább megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:.....
- c) Az alább megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről kérésükre se tájékoztassák.....

Kelt:

.....

kez.orv. aláírása

.....

a beteg v. törv.képv. aláírása

Lakcíme:

+ Korlátozottan cselekvőképés, ill. cselekvőképtelen beteg esetén a nyilatkozat a törv. képvis. (hozzátartozó) adja

++ Hozzártartozó nyilatkozattételére a 8. pontban szereplő kérdések körében nincs mód.