

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

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

1. Betegségemről, mely kórisme szerint (magyarul ÉS latinul): **köldök-, köldöktáji sérv, hernia umbilicalis v. hernia epigastrialis**

2. Javasolt gyógyomódról, mely (magyarul): **köldök-, köldöktáji sérv megszüntetése, hasfal helyreállítása, sz. e háló beültetéssel történő megerősítéssel**

3. Helyette alkalmazható gyógyomódokról: **nincs a műtéttel egyenértékű kezelés**

4. Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás előre nem várt kockázatai és szövődményei, melyek szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak és a várható gyógy tartamot valamint a műtét hosszú távú eredményét kedvezőtlenül befolyásolhatják: **utóvérzés, vérömleny, sebgyógyulási zavar, sebgennyedés, háló körüli folyadékgyülem, háló fertőződés, háló kilökődés, ér-idegsérülés, érzészavar, bélrendszeri sérülés, sipoly, tályog, hashártyagyulladás, hegesedés, sérv kiújulása, trombozís, embólia, légzési, keringési zavar, hasfal vérellátási zavara, halálozás,**

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 kényszertől mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam az alábbi kezelést (műtétet) elvégezzék: **köldök-, köldöktáji sérv műtéti megoldása**

7. ++ Hozzá tartozóim 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

++ Hozzá tartozó nyilatkozattételére a 8. pontban szereplő kérdések körében nincs mód.