



- a dokumentum 2 oldalból áll! -

## MŰTÉTI TÁJÉKOZTATÓ és BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott ....., szül.idő:....., jelen nyilatkozat aláírásával tanúsítom, hogy engem .....(orvos neve) a Tolna Megyei Önkormányzat Kórháza Sebészeti Osztályának orvosa - mint a műtétet végző orvos - megfelelő, számomra érthető módon részletesen tájékoztattott az alábbiakról:

1. *Betegségemről, mely*

- kórisme magyarul: **Hasnyálmirigy daganat**
- kórisme latinul: **Tumor pancreatis**

2. *A javasolt gyógymódról, kezelésről mely*

- kezelés magyarul: **Hasnyálmirigy elváltozás megoldása**
- kezelés latinul: **Exploratio pancreatis**

3. *A javasolt gyógymód, kezelés lehetséges előnyeiről, melyek*

- Elkerülhetővé válik, hogy az egyre növekvő daganat környező szerveket nyomjon össze
- Elkerülhetővé válik, hogy az elváltozás gyulladásba kerüljön
- Jelentősen csökken a beteg hasi fájdalommal járó panasza

4. *A javasolt gyógymód, kezelés elmaradásának kockázatairól, melyek:*

- A feni szövődmények kialakulhatnak

5. *A javasolt gyógymód, kezelés lehetséges kockázatairól, azok előfordulási gyakoriságáról\*, melyek*

1. Sebgyógyulás ..... 3-8%
2. Vérzés ..... 1-6%
3. Daganat újbóli kialakulása..... 3-8%

\* az előfordulási gyakoriságról szóló adatok közelítő értékek, melyeket osztályunk több évtizedes eredményei és a szakirodalomban leírt adatok alapján állapítottunk meg

6. *A javasolt kezeléssel kívül választható kezelésről, vagy kezelésekről és azok lehetséges kockázatairól, melyek*

- Gyógyszeres (konzervatív) kezelés, de ennek kapcsán kialakulhatnak a korábban felsorolt esetleges szövődmények

Tudomásul veszem, hogy szakszerű gyógymód, kezelés esetén is felléphetnek előre nem várható szövődmények kis valószínűséggel betegségem természetéből fakadóan, amelyek kedvezőtlenül befolyásolhatják a várható gyógyulást.

A betegségemmel és a tervezett beavatkozással kapcsolatban adott tájékoztatást teljes egészében megértettem. Ismertették velem, hogy jogomban áll szóban is és írásban is bármikor megváltoztathatom döntésemet gyógykezelésem során. A fentieket meghaladó tájékoztatásról kifejezetten lemondok.

Az orvos által adott felvilágosítással összefüggésben (3., 4., 5. pontok során részletezett adatok) a szóban feltett kérdéseimre kezelőorvosomtól megfelelő válaszokat kaptam, azokat megértettem. Elegendő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy döntsek arról, hogy gyógyulásom érdekében milyen gyógymódot, kezelést kívánok igénybe venni.

**(a nyilatkozat a következő oldalon folytatódik!)**



- a dokumentum 2 oldalból áll! -

*(folytatás az előző oldalról!)*

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

A fenti tájékoztatás kellő mérlegelése alapján beleegyezem, hogy rajtam az alábbi kezelést, műtétet végezzék el:

### Hasnyálmirigy elváltozás megoldása

A javasolt kezelés elvégzéséhez való beleegyezésemet azzal a kitéttel fenntartom, hogy tartós, ismétlődő kezelés során ezt a hozzájárulásomat bármikor visszavonhatom. Tudomással bírok arról, hogy a felajánlott kezelések bármelyikét, vagy mindegyikét elutasíthatom, ebben az esetben azonban kezelőorvosomat felelősség nem terheli a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért.

Szekszárd, 200 .\_\_\_\_.\_\_\_\_.

-----  
műtési beavatkozást végző orvos  
aláírása, pecsétje

-----  
beteg aláírása  
(vagy törvényes képviselő aláírása)

## MŰTÉT KITERJESZTÉSÉRE VONATKOZÓ NYILATKOZAT

A kezelőorvosom tájékoztatott arról, hogy a rajtam, beleegyezésem alapján elvégzendő műtét során, esetlegesen előre nem látható műtési beavatkozás kiterjesztése válhat szükségessé, amely elvégzésébe

- beleegyezem
- csak olyan műtési kiterjesztésbe egyezem bele, amely nem jelenti valamely szervem, testrészem elvesztését vagy funkciójának teljes kiesését
- a műtési kiterjesztésbe nem egyezem bele

(a beteg nyilatkozatának megfelelő rész aláhúzendó!)

A beleegyezés hiánya esetén tudomásul veszem, hogy ezzel összefüggésben bekövetkező esetleges egészségkárosodásomért, gyógyulási esélyem további alakulásáért a kezelőorvosomat felelősség nem terheli.

Szekszárd, 200 .\_\_\_\_.\_\_\_\_.

-----  
műtési beavatkozást végző orvos  
aláírása, pecsétje

-----  
beteg aláírása  
(vagy törvényes képviselő aláírása)