

Beleegyező nyilatkozat

Alulírott (név)
.....(szül.idő) tanúsítom, hogy engem Dr.....

kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. A betegségről, mely a kórisme szerint (magyarul): bőrre törő garati sipoly
2. A javasolt gyógyomódról, mely (magyarul): algarati hiány pótlása, sipoly zárása elforgatott, mellkasi bőr-izom lebennyel.

Annak kockázatairól és szövódményeiról:

- Mútét után fellépő vérzés.
- Fertőzés.
- Rágáskor fellépő kisugárzó fájdalom, rágási nehezítettség, szükségessége.
- Kisugárzó mütétet követő fájdalom.
- Nyelési nehezítettség / képtelenség.
- Részleges /teljes szájjár. kiújulása.
- Nyaki nyálsipoly kialakulása.
- Fizikai teljesítóképesség csökkenése. deformitása.
- Tartós nyirokfolyás.
- Hangszín megváltozása.
- Étél,ital orron történő visszafolyása
- Nehezített, elmosott beszéd.
- Átmeneti légcsómetszés
- Átmeneti/ tartós tápszondán –PEG-en történő táplálás.
- Daganatos folyamat esetleges
- Kar / váll gyengeség, bénulás.
- A nyak / mellkas kozmetikai
- A nyak / mellkas bőrén fellépő érzészavar,- kiesés, zsibbadás.

És a helyette alkalmazható gyógyomódkról, mint , azok kockázatairól és következményeiről. Ismertette az ajánlott és más szóba jövő kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait is.

3. A javasolt gyógyomód kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövódményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon dönthessek arról, hogy milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

Hozzájárulok, hogy hozzátartozóimat betegségről teljes körűen tájékoztassák.

A tájékoztató megértése után úgy határoztam, hogy a javasolt kezelésbe beleegyezem.

Kérem, hogy a „algarati hiány pótlása, sipoly zárása elforgatott, mellkasi bőr-izom lebennyel ” mütétet végezzék el.

Szekszárd,

.....
Orvos aláírása

.....
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása