

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Név: #!NEV; **Törzsszám:** #!TORZSSZAM;
Születési hely, idő: #!BSZULHELY; #!SZULIDO; (#!BELETKORA; éves) **TAJ:** #!TAJ_TAGOLT;
Anyja neve: #!BANYJANEVE; **Felvéve:** #!FELVIDO;
Lakcím: #!BIRSZAM; #!BVAROS; #!BUTCA;

A máj punkciós biopsziája

CÉL: a bőrön át történő punkció útján szövettani mintavétel a májból. Az így nyert szövet mikroszkópos vizsgálata döntően befolyásolhatja a kezelést.

A VIZSGÁLAT MENETE: éhgyomorra történik. Helyi érzéstelenítés után túvel történik a máj punkciója. A májpunkció az előzetes helyi érzéstelenítés következtében nem jár jelentősebb fájdalommal. Előfordul, hogy a beteg néhány órán át a szúrás helyén vagy a vállban sugárzó fájdalmat érez, ami miatt fájdalomcsillapítót kaphat. A beavatkozás után a beteg 6 órán keresztül nem étkezhet és fekvé marad. Legalább 24 órán át intézeti megfigyelése szükséges.

LEHETSÉGES SZÖVŐDMÉNYEK:

1. az érzéstelenítőszer iránti túlérzékenység
2. a beavatkozás kapcsán vérzés, epecsorgás, légmell léphet fel
3. a beavatkozás kapcsán fellépett szövődmény miatt 1,000 punkcióra átlagosan egy esetben sürgős műtét válhat indokolttá.

Az esetleges szövődmények csökkentése érdekében KÉRJÜK FIGYELMESEN VÁLASZOLJON AZ ALÁBBI KÉRDÉSEKRE:

Tud-e valamilyen gyógyszer túlérzékenységéről:	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen:
Tud-e vérzékenységről:	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen:
Szed-e véralvadást gátló gyógyszert:	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen:
Van-e epilepsziája, zöldhályogja:	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen:
Van-e beültetett szívritmus-szabályozója:	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen:
Fennáll-e terhesség:	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen:
Van-e egyéb említésre méltó betegsége:	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen:

SZÓBELI TÁJÉKOZTATÁS az Ön kórtörténeti előzménye, leletei bitrokában adható. Ha maradt valamilyen kérdése, tegye fel vizsgáló orvosának, vagy az asszisztensnek!

Alulírott #!NEV; tanúsítom, hogy engem dr.#!KEZORVPROP(1); kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. A betegségemről, mely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul):

2. A javasolt gyógmódról, mely

(magyarul):

annak kockázatairól:

és a helyette alkalmazható gyógmódokról, mint:

valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és más szóbjövő kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait is.

A tájékoztató elolvasása és meghallgatása után a javasolt felső emésztőtraktus tükrözéses vizsgálatába illetve a szükséges műtéti jellegű terápiás beavatkozásba beleegyzem.

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

*Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelése bármelyikének, vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelés során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

*A kezelésbe (műtétbe, stb.) való beleegyzésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen

adom. Ennek *alapján* kérem, hogy rajtam az alábbi kezelést (műtétet) elvégezzék: ..

*Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Ezért a döntéseket kezelőorvosaimra bízom. (Ezt a nyilatkozatot – elfogadás esetén – kézírásával megismételten leírva, majd aláírva az okirat végén kérjük erősítse meg. E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondása érvénytelen.)

*A nem kívánt rész törlendő!

4. Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

(Hozzá tartozó nyilatkozattételére a 4. pontban szereplő kérdések körében nincs mód.)

a.) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:

b.) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:

c.) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről kérésükre se tájékoztassák:

5. Tájékoztatjuk arról, hogy kórházunkban a közalkalmazotti jogviszonyban dolgozó munkatársak mellett a kórházzal vállalkozási szerződésben álló orvosok és szakdolgozók is tevékenykednek. Így gyógykezelése kapcsán (műtétek-, diagnosztikai és terápiás beavatkozások), Önt a kórházunkkal vállalkozási jogviszonyban lévő munkatársak is elláthatják. Ezt a tényt az Önre vonatkozó egészségügyi dokumentációk tartalmazzák. Amennyiben ezzel kapcsolatos részletes felvilágosítást kér, úgy ezt kezelőorvosa vagy osztályos orvosa megadja.

.....
a felvilágosítást végző orvos aláírása

#!KORHCIMVAROS;, #!AKTDATUM;

.....
beteg olvasható aláírása

Beteg neve: #!NEV;
Születési ideje: #!SZULIDO;
Születési helye: #!BSZULHELY;
Lakcíme: #!BIRSZAM; #!BVAROS; #!BUTCA;

.....
vagy a törvényes képviselő aláírása (2)

Törv. képvis. neve: #!HNEV;
Születési ideje:
Születési helye:
Lakcíme: #!HIRSZAM; #!HVAROS; #!HUTCA;

(1) X-eléssel jelölje meg!

(2) cselekvőképesség, vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett CSAK a törvényes képviselő írhatja alá!

.....
(1) Tanu aláírása

(1) Tanu neve:
Születési dátum:
Lakcím:

.....
(2) Tanu aláírása

(2) Tanu neve:
Születési dátum:
Lakcím:

(A dokumentumot a MedWorkS rendszerben rögzítette: #!AKTUSERNEVE; #!AKTUSERKODJA;)

#!KEZORVPROP(1);

#!FFELVORVPROP(1);