|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **„Év Kórháza 2010.”** | 1. TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

**Hímvessző barlangos test illetve a makk keringésének egybenyitása** | **BS10601/…/BNY****oldal: 2/2****Változat: 3** |

 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Beteg neve:*** |  | ***TAJ szám:*** |  |

**Aláírásommal megerősítve kinyílvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Ezért a döntéseket kezelőorvosomra bízom.**

(Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézírásával megismételten leírva, majd aláírva, erősítse meg.

E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondása érvénytelen.)

……………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………..

II.

**1./ Az Ön betegsége, a beavatkozás indoka (**amennyiben már ismert) magyarul/ latinul:

……………………………………………………………………………………………………………

2./ A javasolt vizsgálat / beavatkozás / műtét / gyógymód, mely latinul / magyarul: A barlangos test illetve a makk szöveteinek egybenyitása a hímvesszőn ejtett metszésen keresztül.

**célja:** A kóros merevedés megszüntetése, további károsodások megelőzése.

**A műtét menete:** A hímvessző műtéti eltávolítása, csonkolása, új húgycsőnyílás képzése. A műtét elvégzésétől várható a daganatmentesség elérése, szövettani eredmény birtokában tervezzük meg a további kezelést.

2/ a. **A vizsgálat/beavatkozás/műtét/gyógymód/kockázata, szövődményei:** A hímvessző barlangos testének és a makk szövetének műtéti egybenyitása. A tartós, fájdalmas kóros merevedés megszűnése várható. A beavatkozás sikeressége ellenére is fennáll merevedési zavar kialakulásának lehetősége**.**

2/b. **A vizsgálat/ beavatkozás/ műtét / gyógymód elmaradásának lehetséges következményei:** Fájdalom, a tartós merevedés a hímvesszőben hegesedést vált ki, ami merevedési képtelenséghez vezethet.

2/c. **Helyette alkalmazható gyógymódok:** A barlangos test megszúrása és átöblítése.

3/. A javasolt gyógymód kockázatairól lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam kezelő orvosomtól, 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 szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak a fenti előre nem látható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják.

4/.Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során, a visszautasítás miatt bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem\*.

5.) A felvilágosítást megértettem, megismertem az ajánlott és más szóba jövő kezelési eljárás előnyeit, hátrányait is,további kérdésem nincs.

a.) A fentiek alapján a felajánlott beavatkozást / műtétet / gyógymódot\*

* **elfogadom\*\*** (A kezelésbe, műtétbe való beleegyezésemet a tájékoztatás alapján minden kényszertől mentesem adom.)
* **visszautasítom\*\***

b.) A műtéti kezelés során a *beavatkozás kiterjesztésébe* (életveszély, súlyos egészségkárosodás, feltárt, előzőleg nem ismert elváltozás esetén)

* **beleegyezem\*\***
* **nem egyezem bele\*\***

c.)

* **beleegyezem \*\***
* **visszautasítom\*\***

hogy a műtőben, vagy kezelőben oktatási célból egészségügyi szakemberek, tanulók lehessenek jelen.

d.)

* **beleegyezem\*\***
* **visszautasítom\*\***

hogy a műtét, vagy beavatkozás menetéről fénykép, vagy videofelvétel készüljön, azzal a kikötéssel, hogy készült felvételen személyem nem válik felismerhetővé.

Dátum: Szolnok, 20…………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Kezelő/műtétet végző/orvos aláírása,/azonosító bélyegzője |  | Beteg /törvényes képviselőjének/nyilatkozattételre jogosult aláírása\*\* |  |

 Törvényes képviselő olvasható neve:

 ……………………………………………………

 szül.dátum:……………………………………….

A beteg szóbeli nyilatkozat, vagy írásképtelensége (++) esetén:

Előttünk, mint tanuk előtt:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. név: | ……………………………………….. | Szem.ig.szám: | ………………………………… |  |
| 2. név: | …………………………………………….. | Szem.ig.szám: | ………………………………….. |  |

\*Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény rendelkezései alapján cselekvőképtelenek (pl. gyermek) esetében az önrendelkezési jog nem gyakorolható!

**\*\*A megfelelő rész aláhúzandó**