



A DOKUMENTUM 3 OLDALBÓL ÁLL

Név: \_\_\_\_\_

Születési idő: \_\_\_\_\_ TAJ szám: \_\_\_\_\_

Osztály/részleg (felvételtől kitöltendő): \_\_\_\_\_

## TÁJÉKOZTATÓ

### 1. Betegségéről, mely

- kórisme magyarul: **Epekövesség**
- kórisme latinul: **Cholecystolithiasis**

### 2. A javasolt gyógymódról, kezelésről mely

- kezelés magyarul: **Epehólyag eltávolítása hagyományos módszerrel**
- kezelés latinul: **Cholecystectomy**

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

- Megelőzhető a heveny, ill. krónikus epehólyag gyulladás kialakulása
- Megelőzhető az epehólyagnyak elzáródása, gennyes epehólyag-elzáródás
- Megelőzhető az epehólyag átfürödése és az ezt követő hashártyagyulladás
- Elkerülhető az epehólyagrák kialakulása

### 4. A javasolt gyógymód, kezelés elmaradásának kockázatairól, melyek

- Heveny, ill. krónikus epehólyag gyulladás kialakulása
- Epehólyagnyak elzáródása, gennyes epehólyag-elzáródás
- Epehólyag átfürödés, következményes hashártyagyulladás
- Esetleges epehólyagrák kialakulása

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

1. Sebgyógyulás ..... 10-15%
2. Vérzés ..... 1-2%
3. Visszamaradó kő az epeutakban ..... 1-2%
4. Epeút-sérülés ..... 0,2%
5. Bélsérülés ..... 0,2%
6. Thromboembolia ..... 4%

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

### 6. A javasolt kezelésen kívül választható kezelésről, vagy kezelésekről és azok lehetséges kockázatairól, melyek

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

Egyéb:

---

---

---

(folytatás a következő oldalon!)



Tisztában vagyok azzal, hogy szakszerű gyógymód, kezelés esetén is felléphetnek előre nem várható szövődmények kis valószínűséggel betegségem természetéből fakadóan, amelyek kedvezőtlenül befolyásolhatják a várható gyógyulásomat.

A beavatkozáshoz adott beleegyző nyilatkozatát bármikor jogában áll visszavonni, azonban a beleegyezés alapos ok nélküli visszavonása esetén kötelezhető az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

Tájékoztatjuk, hogy az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény alapján a beteget megillető önrendelkezési joga, illetve az ellátás visszautasítására való joga -kizárólag törvényben meghatározott módon és esetekben- korlátozható.

Kiskunhalas, 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
tájékoztatást végző orvos aláírása, pecsét

\_\_\_\_\_  
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT EPEHÓLYAG ELTÁVOLÍTÁSA HAGYOMÁNYOS MÓDSZERREL

Kijelentem, hogy a fenti tájékoztatást elolvastam, megértettem és szóban is teljes körű tájékoztatást kaptam. Kellő idő állt rendelkezésemre, hogy a fentiek elfogadásáról szabadon dönthessek. A feltett kérdéseimre megfelelő, érthető választ kaptam. Nyilatkozatommal megerősítem, hogy a felajánlott beavatkozásba beleegyezem.

Ezek alapján a műtét kiterjesztésére is nyilatkozom.

Tájékoztatást kaptam arról is, hogy a beavatkozáshoz adott beleegyző nyilatkozatomat bármikor jogomban áll visszavonni, azonban a beleegyezés alapos ok nélküli visszavonása esetén kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

Ezen nyilatkozatom belátási képességem teljes tudatában, szabad akaratomból tettem, elolvasás után mint, akaratommal mindenben megegyezőt, jóváhagyólag saját kezemmel írtam alá.

Kiskunhalas, 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
orvos aláírása, pecsét

\_\_\_\_\_  
beteg vagy törvényes képviselő aláírása



## MŰTÉT KITERJESZTÉSÉRE VONATKOZÓ NYILATKOZAT

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

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

*(a beteg nyilatkozatának megfelelő rész aláhúzandó!)*

Tisztában vagyok azzal, hogy a beavatkozás elmaradása esetén milyen következménnyel számolhatok. és azzal, hogy kezelőorvosomat nem terheli felelősség, a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért.

Kiskunhalas, 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
orvos aláírása, pecsét

\_\_\_\_\_  
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

## NYILATKOZAT A BEAVATKOZÁS ELUTASÍTÁSÁRA

A fenti tájékoztatást elolvastam, megértettem és a teljes körű írásbeli és szóbeli tájékoztatás alapján tudomást szereztem arról, hogy jogom van a beavatkozás elutasítására.

Tisztában vagyok azzal, hogy a beavatkozás elmaradása esetén milyen következménnyel számolhatok. és azzal, hogy kezelőorvosomat nem terheli felelősség, a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért.

Nyilatkozatommal megerősítem, hogy a felajánlott beavatkozásba nem egyezem bele.

Tájékoztatást kaptam arról is, hogy a beavatkozás visszavonására vonatkozó nyilatkozatomat bármikor, alaki kötöttség nélkül visszavonhatom.

Ezen nyilatkozatom belátási képességem teljes tudatában, szabad akaratomból tettem, elolvasás után mint, akaratommal mindenben megegyezőt, jóváhagyólag saját kezemmel írtam alá.

Kiskunhalas, 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
orvos aláírása, pecsét

\_\_\_\_\_  
beteg vagy törvényes képviselő aláírása