



(a dokumentum 2 oldalból áll!)

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

*1. Betegségemről, mely*

- kórisme magyarul: **Elzáródás okozta sárgaság**
- kórisme latinul: **Obstructio icterus**

*2. A javasolt gyógymódról, kezelésről mely*

- kezelés magyarul: **Feltárás, epepangás megoldása**
- kezelés latinul: **Exploratio, icterus megoldás**

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

- Biztosítható az epe akadálytalan elfolyása, megszűnik a sárgaság
- Feltárást nyerhet a sárgaságot kiváltó ok
- Megelőzhető a heveny, ill. krónikus epehólyag és epeút gyulladás kialakulása
- Megelőzhető az epehólyag átfürödése és az ezt követő hashártyagyulladás

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

- Heveny, ill. krónikus epehólyag gyulladás kialakulása
- Epehólyagnyak elzáródása, gennyes epehólyag-elzáródás
- Epehólyag átfürödés, következményes hashártyagyulladás
- Esetleges rosszindulatú alapbetegség rejtve maradhat, így a daganatos burjánzás, áttétképződés alakulhat ki.

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

1. Sebgyógyulás ..... 10-15%
2. Vérzés ..... 1-2%
3. Visszamaradó kő az epeutakban ..... 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 kezeléssel kívül választható kezelésről, vagy kezelésekről és azok lehetséges kockázatairól, melyek*

- Endoszkópos kezelés, de ennek kapcsán kialakulhatnak a korábban felsorolt esetleges szövődmények, továbbá alacsonyabb a valószínűsége a végleges megoldásnak.

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

A betegséggel 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.

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



*(folytatás az előző oldalról!)*

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.

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

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

A javasolt kezelés elvégzéséhez való beleegyezésemet azzal a kitételrel 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.

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

-----  
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 aláhúzendő!)

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

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

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

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