

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Név:		Törzsszám:	
Születési hely, idő, életkora:		TAJ:	
Anyja neve:		Felvéve:	
Lakcím:			

Alulírott.....(név)
.....(szül.idő) tanúsítom, hogy engem Dr.....kellőmértékben
felvilágosított az alábbiakról:

I. A betegsémemről, mely a kórisme szerint (magyarul): *pajzsmirigy daganata / idiült gyulladása / göbös megnagyobbodása.*

II. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul): *a pajzsmirigy részleges / teljes eltávolítása műtét.*

Annak kockázatairól és szövődményeiről:

- | | |
|---|--|
| - Vérzés, nyaki nagyér sérülése | - Tüdő-, mellhártya sérülése. |
| - VÉRÁTÖMLESZTÉST IGÉNYLŐ VÉRZÉS | - Szegycsont megnyitásának szükségessége. |
| - Nyaki vérömleny | - Torzító nyaki heg. |
| - Légembólia | - Nyaki fájdalom, érzészavar. |
| - Fertőzés, láz, sebgyógyulás, | - Fog-, fogpótlás-, fogíny sérülése |
| - gátorúr gyulladása | - Daganat kiújulása. |
| Nyaki sipoly,- tályog | - Pajzsmirigy hormonok pótlásának átmeneti vagy életemen át tartó szükségessége. |
| Hang megváltozása, meggyengülése, rekedtség, hangszalagbénulás | - Mellékpajzsmirigyek sérülése, eltávolítása. |
| Nehézlégzés, fulladás | - Mellékpajzsmirigy hormonok pótlásának szükségessége. |
| Légcsőműtét szükségessége, légcsőkanül viselése | - Görcskésztség fokozódása, görcsök, zsibbadás. |
| Légcső-, gége-, nyelősérülés | |
| Nyelési nehézség, nyelési képtelenség, tápszondán át történő táplálás szükségessége | |
| - Váratlan halál | |

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

3. A javasolt gyógymód kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről 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.

Tudomásul veszem, hogy a műtét végrehajtásához és a fertőzések megelőzése érdekében a műtéti terület szőrtelenítése, haj-mentesítése szükséges. (Ezek eltávolítását a műtét reggelén egyszer használatos borotvával végzik.)

Hozzájárulok, hogy hozzátartozóimat betegsémemről teljes körűen tájékoztassák.

A tájékoztató megértése után úgy határoztam, hogy a javasolt kezelésbe beleegyezem.
Fenti tájékoztatás ismeretében kijelentem, hogy betegségem megítélésére és a javasolt orvosi eljárásra vonatkozóan részletesen, személyre szólóan, közérthető szóhasználatral felvilágosítást megkaptam. A felvilágosítást, tájékoztatást megértettem. A beavatkozás lehetséges kockázataival, szövődményeivel, mellékhatásaival kapcsolatban minden kérdésem megválaszolást nyert. További kérdésem nincs, a fenti tudnivalókat megértettem, tudomásul vettem. Beleegyezem, hogy a „pajzsmirigy részleges / teljes eltávolítása” műtétet végezzék el.

Miskolc,év, hónapnap

.....
Orvos aláírása

.....
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása