

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktató Kórház

Semmelweis Tagkórház, 3529 Miskolc, Csabai kapu 9-11.

Telefon: (46) 515-200 Fax: (46) 515-236 E-mail: mail@bkeok.hu

SEMMEIWEIS Haematologia Osztály

OEP KÓD: 056312801

Osztályvezető főorvos:

Tel.:

Beleegyező nyilatkozat hascsapolásba

A vizsgálat, beavatkozás lényege:

A beavatkozás előtt fizikális vizsgálattal, hastapintás, kopogtatás, esetleg ultrahangos vizsgálattal megállapítják a hasüregben lévő kóros folyadék mennyiségét és elhelyezkedését. Ezután steril körülmények között, helyi érzéstelenítést követően egy tűt vezetnek be a hasfalon át a hasüregbe, melyen keresztül eltávolítják a folyadékot. A beavatkozás után 2 órán keresztül haskötőt alkalmaznak, és feküdni kell.

Jelentősége

Hascsapolás végezhető, ha a diagnózis megállapításához szükséges a hasüregben lévő folyadék elemzése. Ilyenkor kis mennyiségű mintát vesznek a hasban lévő folyadékból.

A beavatkozás terápiás céllal is történhet, ilyenkor a hasban felszaporodott, nagy mennyiségű folyadékot lebocsátják, így a jelenleg fennálló panaszokat (fulladás, nyomásérzés), tüneteket enyhíteni tudjuk.

Szövődményei:

Alulírotta hascsapolás lényegéről, annak szükségességéről és esetleges szövődményeiről (vérzés, bélsérülés, hasüregi fertőzés) számomra érthető tájékoztatást, felmerülő kérdéseimre kielégítő választ kaptam.

A hascsapolásba beleegyezem.

Miskolc,

.....
beteg olvasható aláírása

.....
vagy a törvényes képviselő aláírása (1)

Beteg neve:

Törv. képv. neve:

Születési ideje:

Születési ideje:

Születési helye:

Születési helye:

Lakcíme:

Lakcíme:

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

.....
(1) Tanu aláírása

.....
(2) Tanu aláírása

(1) Tanu neve:

(2) Tanu neve:

Születési dátum:

Születési dátum:

Lakcím:

Lakcím:

.....

.....

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktató Kórház

Semmelweis Tagkórház, 3529 Miskolc, Csabai kapu 9-11.

Telefon: (46) 515-200 Fax: (46) 515-236 E-mail: mail@bkeok.hu

SEMMEIWEIS Haematologia Osztály

OEP KÓD: 056312801

Osztályvezető főorvos:

Tel.:

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT (I.)

Alulírott () tanúsítom, hogy engem dr. kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

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

2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul):
annak kockázatairól:

és a helyette alkalmazható gyógymódokról, mint:

valamint azok ismert 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, milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

x Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak az alábbi előre nem látható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják (a beteg aláírása előtt az orvos tölti ki):

x Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelések 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.

x A kezelésbe (műtétbe stb.) való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszerből mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam az alábbi kezelést (műtétet) elvégezzék:

x 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 - elfogadása esetén - kézírásával megismételten leírva, majd aláírva az okirat végén kérjük erősítse meg. E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondása érvénytelen.)

4. (2) Hozzátartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

a) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségről teljes körűen tájékoztassák:

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

c) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségről kérésükre se tájékoztassák:

Miskolc,

a kezelő orvos aláírása

.....

beteg olvasható aláírása

.....

vagy a törvényes képviselő aláírása (1)

Beteg neve:

Törv. képv. neve:

Születési ideje:

Születési ideje:

Születési helye:

Születési helye:

Lakcíme:

Lakcíme:

(1) Korlátozottan cselekvőképességű, illetőleg cselekvőképtelen beteg esetén a nyilatkozatot a törvényes képviselő (hozzátartozó) adja. Korlátozottan cselekvőképességű beteg esetén javasolható a beteg önálló nyilatkozattétele is, ez azonban a törvényes képviselő (hozzátartozó) nyilatkozatát nem pótolja.

(2) Hozzártartozó nyilatkozattételére a 4. pontban szereplő kérdések körében nincs mód.