

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT (1)

Alulírott (név): ,

anyja neve:

születési idő:

tanusítom, hogy engem kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

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

prostatadaganat gyanúja

2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul): Végbélbe vezetett ultrahangos vizsgálófej segítségével célzott

szövetvétel a prosztatából. 6, 8 vagy szükség esetén több minta eltávolítása.

annak kockázatairól: **vérzés a végbélbl, véres vizelet, fájdalom, gáti vérömleny kialakulása, húgyuti gyulladás, prostatagyulladás, heregyulladás, lázas állapot**

és a helyette alkalmazható gyógymódról, mint: **nincsen**

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.

- 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):

vérzés a végbélből, véres vizelet, fájdalom, gáti vérömleny kialakulása, húgyuti gyulladás, prostatagyulladás, heregyulladás, lázas állapot

- Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelése bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelést nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

- A kezelésbe/műtétbe, stb.való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam az alábbi kezelést/műtétet elvégezzék:

Végbélbe vezetett ultrahangos vizsgálófej segítségével célzott szövetvétel a prosztatából. 6, 8 vagy szükség esetén több minta eltávolítása.

- Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy betegsémem 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 az okirat végén kérjük erősítse meg. E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondása érvénytelen.)

/- (nem kívánt rész törlendő)/

4. (2) Hozzáartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

a) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljeskörűen tájékoztassák:

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

c) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről kérésükre se tájékoztassák:

Miskolc, 2020. augusztus 29.

.....
a kezelő orvos aláírása

.....
beteg olvasható aláírása

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

Beteg neve:

Születési ideje:

Születési helye:

Lakcíme:

Törv. képv. neve:

Születési ideje:

Születési helye:

Lakcíme:

(1) Korlátozottan cselekvőképes, illetőleg cselekvőképtelen beteg esetén a nyilatkozatot a törvényes képviselő (hozzátartozó) adja.

Korlátozottan cselekvőképes beteg esetén javasolható a beteg önálló nyilatkozattétele is, ez azonban a törvényes képviselő (hozzátartozó)

nyilatkozatát nem pótolja.

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

.....
(1) Tanu aláírása
(1) Tanu neve:
Születési dátum:
Lakcím:
.....

.....
(2) Tanu aláírása
(2) Tanu neve:
Születési dátum:
Lakcím:
.....