

Betegtájékoztató nyilatkozat

Alulírott (beteg neve) tanúsítom, hogy engem
Dr..... (kezelőorvos neve) kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. **Betegségemről**, mely kórisme szerint (magyarul): **Tápcsatornai daganat, gyulladás, fekély, érelváltozás kizárása, illetve diagnosztizálása.**
2. A javasolt gyógymódról / műtétről (megnevezése magyarul): **Tápcsatornai endoscopos vizsgálatok (gyomortükrözés, vastagbél tükrözés) végzése, sze. biopsia (szövetkivétel), vagy polyp (ny.h. növedék) eltávolítása.**
3. A javasolt gyógymód kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövödményeiről: **Vérzés, fali sérülés, ennek következtében a vizsgált szerv környezetének gyulladása, intravénás szedálás esetén gyógyszer mellékhatás (allergia, keringési-, légzési zavar, légzési elégtelenség).**
4. A javasolt műtéti beavatkozás közben a műtét kiterjesztésének lehetőségéről, melynek alkalmazása valamely szerv vagy testrész elvesztéséhez vagy funkciójának teljes kieséséhez vezethet:
Szövevény esetén hasi műtét.
5. A beavatkozás tervezett időpontjáról: 20 (dátum)
6. A javasolt gyógymód helyett másodsorban alkalmazható gyógymódok: **Röntgen vizsgálatok, gyógyszeres tüneti terápia.**
7. A beavatkozás helyi érzéstelenítésnek módjáról, vagy szedálásról (bódításról): **Intravénás bódítás (szedálás) midazolammal.**
8. Kezelőorvos megválasztásának lehetőségével élek: **IGEN** **NEM**
9. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének vagy mindegyikének visszautasítására. ► **visszautasítás külön lapon.**

Beleegyező nyilatkozat

Nyilatkozom, hogy egészségi állapotomról a felvilágosítás megfelelő körülmények között részletesen, megfélemlítéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentesen, személyre vonatkozóan, érthetően történt. Tájékoztatóssal kapcsolatban feltett kérdéseimre választ kaptam.

Lehetőségem volt kezelőorvosomat megválasztani.

A javasolt vizsgálatban* / gyógykezelésben* / műtétbe* a kapott információk alapján beleegyezésemet adom.

Ennek alapján beleegyezem, hogy rajtam az alábbi vizsgálatot / gyógykezelést / műtétet elvégezzék:

Gyomor és vastagbél tükrözés, sz.e. biopsia (szövetkivétel) vagy polyp (ny.h. növedék) eltávolítása (a kezelés, beavatkozás megnevezése magyarul).

- Helyettem a beleegyezés, illetve a visszautasítás jogát gyakorló személy neve: **.....
- Betegségemről hozzátartozóimat korlátozás nélkül tájékoztatják: **IGEN** **NEM**
- Betegségemről megnevezett hozzátartozóimat korlátozásokkal tájékoztathatják:*** **IGEN** **NEM**
- Betegségemről csak megnevezett hozzátartozó(i)mat tájékoztathatják:.....

Jászberény, 20..... (aktuális dátum)

.....
(kezelőorvos aláírása, bélyegzője)

.....
(beteg/törvényes képviselő aláírása)

Az invazív beavatkozásokhoz a beteg írásbeli vagy- amennyiben erre nem képes- két tanú együttes jelenlétében, szóban vagy más módon megtett nyilatkozata szükséges (1997. évi Eütv. 16§ (5)).**

.....(1. tanú aláírása, lakcíme)

.....(2. tanú aláírása, lakcíme)

*a helyes válasz aláhúzandó, ** két tanú aláírása csak ezekben az esetekben szükséges, *** a korlátozás tényét részletezze a dekurzus lapon