

	<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Rátevési bőrpróba (epicutan test) végzéséhez</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ</b> <b>BORGYÓGYÁSZATI OSZTÁLY</b> <b>8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-BŐR-01.</b> <b>Verziószám: 1</b>
--	---	--

*Betegadatok*

<b>Beteg neve:</b>	#!NEV;	<b>TAJ szám:</b>	#!TAJ;
<b>Anyja neve:</b>	#!BANYJANEVE;	<b>Születési idő:</b>	#!SZULIDO;

**Cselekvőképzetlenség esetén a beleegyezést gyakorló személy adatai (név, szül.idő, anyja neve, lakcím):**

Rokonsági foka :

- |   |  |
|---|--|
| a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában<br>b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes<br>ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában<br>bb) gyermeke, ennek hiányában<br>bc) szülője, ennek hiányában<br>bd) testvére, ennek hiányában<br>be) unokája | c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes<br>ca) gyermeke, ennek hiányában<br>cb) szülője, ennek hiányában<br>cc) testvére, ennek hiányában<br>cd) nagyszülője, ennek hiányában<br>ce) unokája |
|---|--|

**Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):**

Allergiás bőrelváltozások, Urticaria, Dermatitis contacta, Dermatitis atopica.

**Beavatkozás megnevezése:**

Rátevési bőrpróba, epicutan test.

**Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos neve:**

**Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja**

**A javasolt vizsgálat, beavatkozás elvégzésének, ill. elmaradásának lehetséges előnyei és kockázata:**

A leggyakoribb contact allergiát és általános allergiát okozó környezeti és fogászati anyagokkal tesztelünk, az allergiás bőrbetegségek kivizsgálásának elengedhetetlen része, kockázata lehet az allergiás tünetek fokozódása, fellobbanása.

**Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:**

-

	<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Rátevési bőrpróba (epicutan test) végzéséhez</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ</b> <b>BORGYÓGYÁSZATI OSZTÁLY</b> <b>8900. ZALAEGERSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-BŐR-01.</b> <b>Verziószám: 1</b>
--	--	--

**Az ellátás folyamata és várható kimenetele:**

A standard sorban lévő anyagok felragasztása a hát bőrére; leolvasás az eltávolítás után 48, 72, 96, 164 óra múlva. Amennyiben allergia elleni gyógyszert szed a páciens, ezt a beavatkozás előtt 3 nappal el kell hagyni.

**A javasolt beavatkozás elvégzése után előforduló általában spontán szűnő panaszok:**

Viszketés, helyi bőrgyulladás.

**A beavatkozás lehetséges szövődményei és azok kezelése:**

A bőrtünetek fellobbanása, rosszabbodása, nagyon ritkán oedema, fulladás, rossz közérzet, melyek gyógyszeresen kezelhetők. Súlyos esetben kórházi megfigyelés válhat szükségessé.

**A beteg kérdései és a kérdésekre adott válaszok:**

**A javasolt életmódról, további ellátásokról kezelőorvosomtól folyamatosan és a zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.**

Felhatalmazom kezelő orvosaimat, hogy ha a körülmények indokolják, a műtétet / beavatkozást a szükséges mértékben, gyógyításom érdekében belátásuk szerint kiterjesszék / megváltoztassák, kivéve:

.....  
Tudomásul veszem, hogy a műtét / beavatkozás eredménye előre nem garantálható és hogy a szakszerű kezelés ellenére is előfordulhatnak nem várt szövődmények, melyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják.

Tudomásul veszem, hogy az átlagosnál magasabb kockázatot jelenthet a kivizsgálás során általam a kezelőorvossal nem közölt, vagy a rendelkezésre álló diagnosztikai eszközökkel fel nem derített betegségek, eltérések fennállása.

Kellő idő és információ állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, milyen beavatkozást szeretnék.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozások elutasítására, ezt saját kézirással írt és aláírt teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenségem esetén két tanú együttes jelenlétében megtett és azok aláírásával ellátott magánokiraton kell megtennem. Ez esetben a beavatkozás elmaradása miatt a

**TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT**  
**Rátevési bőrpróba (epicutan test) végzéséhez**  
**ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ**  
**BORGYÓGYÁSZATI OSZTÁLY**  
**8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500**

**BNY-ZMK-BŐR-01.**  
**Verziószám: 1**

visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akik által végzendő beavatkozásokat nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. Az alapos ok nélküli visszautasítás esetén a felmerült költségeket meg kell térítenem.

Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom. Kezelőorvosom kész engem állapotomról, illetve annak változásairól folyamatosan, megfelelően tájékoztatni. Szóbeli tájékoztatást kaptam a fent megnevezett beavatkozásról és elolvastam a fenti betegtájékoztatót. Az általam feltett kérdésekre számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.

**1. A fentiek alapján minden megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésemet adom a megnevezett egészségügyi beavatkozáshoz, és kérem, hogy azt rajtam végezzék el.**

Zalaegerszeg, .....

.....  
tájékoztatót adó orvos  
neve aláírása, pecsétje

.....  
beteg vagy törvényes képviselő  
vagy az Eü. Tv. szerinti nyilatkozattételre jogosult személy

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....  
1. tanú (név, lakcím)

.....  
2. tanú (név, lakcím)

**2. Beavatkozás visszautasítása:**

**A kezelőorvos által tervezett és megajánlott beavatkozás elvégzésébe felelősségem teljes tudatában nem egyezem bele.** (a nyilatkozat teljes szövegének kézírással történő megismétlése és aláírása szükséges vagy írásképtelenség esetén, együttesen jelenlévő 2 tanú aláírása):

.....  
.....

**Figyelmeztetés!** Cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes beteg esetén **nem utasítható vissza** az olyan ellátás, amelynek elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be.

Zalaegerszeg, .....

.....  
tájékoztatót adó orvos  
neve aláírása, pecsétje

.....  
beteg vagy törvényes képviselő  
vagy az Eü. Tv. szerinti nyilatkozattételre jogosult személy

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....  
1. tanú (név, lakcím)

.....  
2. tanú (név, lakcím)

**3. Tájékoztatásról való lemondás:**

**Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni.**

**Helyettem tájékoztassák:** .....

*Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézírásával megismételten leírva, aláírva, vagy írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében és azok aláírásával ellátott teljes bizonyítóerejű magánokiraton erősítse meg!*

.....  
.....

Zalaegerszeg, .....

.....  
tájékoztatót adó orvos

.....  
beteg vagy törvényes képviselő

	<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Rátevési bőrpróba (epicutan test) végzéséhez</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ</b> <b>BORGYÓGYÁSZATI OSZTÁLY</b> <b>8900. ZALAEGERSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-BŐR-01.</b> <b>Verziószám: 1</b>
--	--	--

neve aláírása, pecsétszáma, pecsétje

vagy az Eü. Tv. szerinti nyilatkozattételre jogosult személy

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....

1. tanú (név, lakcím)

.....

2. tanú (név, lakcím)

**A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!**