

<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Mellkasszívás (pneumothrox ellátásához)</b> <b>végzéséhez</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ</b> <b>#!AKTOSZTALYNEVE;</b> <b>8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-GYO-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;

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

*Rokonsági foka :*

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

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

**Beavatkozás megnevezése:** Sérülés vagy betegség kapcsán a mellüregbe jutott levegőnek a lebocsátása.

**Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos neve:**

**Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:**

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

A beavatkozás elmulasztása esetén életveszélyes állapot alakulhat ki, műtétre vagy gépi lélegeztetésre is sor kerülhet, szív- és légzési elégtelenség léphet fel. A mellkasi levegőgyülem eltávolítása más módszerrel nem lehetséges.

**Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:**

A beavatkozás más eljárással nem helyettesíthető.

<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Mellkasszívás (pneumothroax ellátásához)</b> <b>végzéséhez</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ</b> <b>#!AKTOSZTALYNEVE;</b> <b>8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-GYO-01</b>  <b>Verziószám: 1</b>
---	---

**Az ellátás folyamata és várható kimenetele:**

A tüleszívást előzetes érzéstelenítést, szükség esetén bódítást követően speciális tűvel, fecskendővel és szívómotor segítségével végzi az orvos. Ennek eredménytelensége esetén tartós szívás szükséges, ehhez draint helyez a mellüregbe és központi szívóberendezés segítségével folyamatosan történik a szívás.

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

Tartós mellkasszívás esetén a behelyezett drain és mellkasszívás miatti helyhez kötöttség okozhat kényelmetlenséget.

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

A beavatkozás során előfordulhat másodlagos fertőzés, amit antibiotikumokkal kezelünk.

**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 kézírással írt és

**TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT****Mellkasszívás (pneumothroax ellátásához)****végzéséhez****ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ****#!AKTOSZTALYNEVE;****8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500****BNY-ZMK-GYO-01****Verziószám: 1**

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 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 kényszerítől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésemet adom a megnevezett egészségügyi beavatkozáshoz, és kérem, hogy azt rajtam végezzék el.**

Zalaegerszeg, .....

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

személy

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

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

személy

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

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!*

	<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Mellkasszívás (pneumothroax ellátásához)</b> <b>végzéséhez</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ</b> <b>#!AKTOSZTALYNEVE;</b> <b>8900. ZALAEGERSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-GYO-01</b>  <b>Verziószám: 1</b>
--	--	---

Zalaegerszeg, .....

..... tájékoztatót adó orvos neve aláírása, pecsétje személy	..... beteg vagy törvényes képviselő vagy az Eü. Tv. szerinti nyilatkozattételre jogosult
---	---

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!**