

TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT Kéz ujjperc csont törés műtéti kezelése ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ , #!AKTOSZTALYNEVE; 8900. ZALAEGERSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500	BNY-ZMK-TRM-18. Verziószám: 1
--	--

Betegadatok

Beteg neve: #!NEV;	TAJ szám: #!TAJ;
Anyja neve: #!BANYJANEVE;	Születési idő: #!SZULIDO;

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

Rokonsági foka :

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

1. Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):

Kéz ujjperc csont törése

2. Beavatkozás megnevezése: Kéz ujjperc csont törés műtéti kezelése

A műtétet az alatóorvos által megválasztott érzéstelenítésben vértelenítő mandzsetta felhelyezése mellett végezzük. A törés típusától függően lemezelést, csavarozást, minilemez, mini csavarozás, fixateur externe, intra és extraossealis drótvarrat illetve percután rögzítési módokat alkalmazunk. A műtét utáni szakban gipszrögzítést helyezünk fel 4-6 hétig, majd a gipszrögzítés eltávolítása után gyógytornát kezdünk el.

Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos neve:

Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja

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

Amennyiben az elmozdulással járó törésnek műtéti rögzítése elmarad, mozgásbeszűkülés, fájdalom várható.

4. Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

Konzervatív kezelés csak jól álló, elmozdulás nélküli törések esetén jön szóba.

5. A beavatkozás lehetséges szövődményei és azok kezelése:

A kezelés eredményességéért, rizikómentességéért a tudomány mai állása szerint teljes felelősséget az orvos nem vállalhat. Műtét alatt szövődmény lehetséges: a környező anatómiai képletek, erek, inak, idegek sérülése, és súlyosabb esetben akár ismételt műtét is szükséges lehet. Ezek jelentős része azonban még a műtét alatt észlelhető, és helyrehozható. A műtét utáni szakaszban előfordulhat utóvérzés, sebkörnyéki vérömleny, sebváladékozás, sebfertőzés, korai elmozdulás. Szövődmények okozója lehet fennálló, egyéb kísérő betegségek (magas vérnyomás, különféle szívbetegségek, cukorbetegség, csontritkulás). Műtét után tájékoztatni fogjuk Önt természetesen a valós helyzetről és az elvégzett beavatkozásokról is.

6. A javasolt beavatkozás elvégzése után előforduló panaszok, melyek spontán vagy orvosi beavatkozásra megszűnnek:

Műtét után csak a legritkább esetben fordul elő, hogy valakinek ne legyen kisebb-nagyobb panasza. Leggyakoribb panaszok: fájdalom, hányinger, hányás, kisebb vérzések, fáradtság, zavartság, delírium, húgyúti fertőzés, láz, székrekedés, sebszétválás, hegesedés. Ezek a panaszok általában a lábadozás idején jelentkeznek, és néhány napon belül enyhülnek vagy teljesen elmúlnak.

7. Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

Műtét után, a kórházban tartózkodás várható időtartama 1-10 nap, a műtét előtti aktivitás visszatérése 2-3 hónap múlva várható. Mindezeket természetesen a kísérő betegségek megléte, az esetleges szövődmények és a beteg általános állapota is befolyásolják. Kérjük, hogy a vizitek alkalmával minden esetlegesen fellépő panaszára hívja fel kezelőorvosának figyelmét.

8. 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 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 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

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,*

..... tájékoztatást adó orvos beteg vagy törvényes képviselő
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)

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,

..... tájékoztatást adó orvos beteg vagy törvényes képviselő
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!