

<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Bőráttetés</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ , #!AKTOSZTALYNEVE;</b> <b>8900. ZALAEGRSZEG, ZRINYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-TRM-63.</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;

**Cselekvőképtelenség 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 háztartásban nem élő, cselekvőképes |
| b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes | ca) gyermeke, ennek hiányában   |
| ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában      | cb) szülője, ennek hiányában  |
| bb) gyermeke, ennek hiányában                       | cc) testvére, ennek hiányában   |
| bc) szülője, ennek hiányában                        | cd) nagyszülője, ennek hiányában  |
| bd) testvére, ennek hiányában                       | ce) unokája   |
| be) unokája   |   |

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

Bőr és bőralatti szövetek hiánya (defectus cutis)

A bőr és bőr alatti szövetek hiánya bármely betegség következtében (égés, daganat, fekély stb.) szükségessé teheti a saját bőr áttetését a hiány fedése céljából.

**2. Beavatkozás megnevezése:**

A műtetet az altatóorvos által megválasztott érzéstelenítésben végezzük. A bőrhiany területének feltisztítását követően, valamely testrészből felezett vastagságú bőrt metszünk ki, és azt a hiányba szabadon áttetjük és rögzítjük. Az áttetésre kerülő bőrt többszörösére nyújthatjuk egy bőrhálósító eszköz segítségével, a spontán nem gyógyuló bőrhianyt így biztonságosan fedni tudjuk. Az adóhelyen viszonylag kis seb felszín keletkezik, mely spontán gyógyul.

**Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos neve:**

**Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja**

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

Ha kiterjedt bőrhianyról van szó, a sebfelületről történő folyadék és fehérjevesztés életveszélyes állapotot idézhet elő, de kisebb bőrhiany miatt is előfordulhat fertőzés, a fedetlen izmok, ízületek, csontok elhalása.

**4. Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:**

Nagy bőrhianyok csak műtétrel kezelhetők, a kisebbek maguktól is gyógyulhatnak, azonban igen hosszú sebgyógyulási időre kell ilyenkor számítani.

	<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Bőráttűtetés</b> ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ , #!AKTOSZTALYNEVE; 8900. ZALAEGERSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500	<b>BNY-ZMK-TRM-63.</b> <b>Verziószám: 1</b>
--	---	--

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

A kezelés eredményességéért, rizikómentességéért a tudomány mai állása szerint teljes felelősséget az orvos nem vállalhat. Mint minden műtétnek, természetesen ennek is van kockázata. Műtét alatt szövődmény lehetséges: a környező anatómiai képletek, erek, ínák, 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, sebváladékózás, felületes vagy mély lágyrész fertőzések. A gyógyulásban bekövetkezhet varrat elégtelenség, mozgászavar, nem teljes gyógyulás. Ezen szövődmények okozója lehet fennálló, meglévő kísérő betegségek (magas vérnyomás, szívbetegség, cukorbetegség stb.). 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:**

A kellő időben elvégzett sebvarratok esetén egy hét alatt gyógyulás várható. A fertőzés veszélye kisebb.

**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	..... 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)
--------------------------------	--------------------------------

