

| | |
|--|--|
| TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT Benőtt köröm kezelése ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ , #!AKTOSZTALYNEVE; 8900. ZALAEGERSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500 | BNY-ZMK-TRM-64. 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 |
|---|--|

| |
|--|
| <p>1. Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul): Benőtt köröm, körömágygyulladás, körömágy alatti vérömleny.</p> |
| <p>2. Beavatkozás megnevezése: A műtét célja: az elváltozás eltávolítása, a gyulladás megszűnése. A panaszokat okozó elváltozás eltávolítása, mely mind kozmetikailag, mind funkcionálisan előnyös. A műtétet vértelenségben, helyi vagy vezetéssel érzéstelenítésben végezzük.</p> |
| <p>Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos neve:</p> |
| <p>Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja</p> |
| <p>3. A javasolt vizsgálat, beavatkozás elvégzésének, ill. elmaradásának lehetséges előnyei és kockázata: Beavatkozás elvégzése nélkül a gyulladás tovább terjedhet a mély szövetekbe, lágyrészekben, csontokban kialakult gyulladás, akár az ujj vagy ujjak elvesztéséhez is vezethet.</p> |
| <p>4. Lehetséges alternatív eljárások, módszerek: A sebészeti kezelésnek nincs alternatívája.</p> |
| <p>5. A beavatkozás lehetséges szövődésményei 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 szövődésmény 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, sebváladékozás, felületes vagy mély lágyrész fertőzések. A gyógyulásban bekövetkezhet varrat elégtelenség, mozgászavar, nem teljes gyógyulás. Ezen szövődésmények 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.</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT Benőtt köröm kezelése ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ , #!AKTOSZTALYNEVE; 8900. ZALAEGERSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500 | BNY-ZMK-TRM-64. Verziószám: 1 |
|--|--|--|

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, kisebb vérzések, láz, 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:

| | | |
|--|---|--|
| | TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT Benőtt köröm kezelése ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ, #!AKTOSZTALYNEVE; 8900. ZALAEGERSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500 | BNY-ZMK-TRM-64. Verziószám: 1 |
|--|---|--|

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 |
|--|---|

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

| | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. tanú (név, lakcím) | 2. tanú (név, lakcím) |
|--------------------------------|--------------------------------|

| | | |
|--|--|--|
| | TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT Benőtt köröm kezelése ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ , #!AKTOSZTALYNEVE; 8900. ZALAEGERSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500 | BNY-ZMK-TRM-64. Verziószám: 1 |
|--|--|--|

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!
.....
.....
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!