

<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Hascsapolás 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-INF-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<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): Önnek kóros hasúri folyadék van, melynek oka a máj idült betegsége, vagy hashártya gyulladás, esetleg daganat lehet.

**Beavatkozás megnevezése:** A hasüregben levő folyadék tehermentesítő, illetve betegségmegállapító célból történő lebocsátása.

**Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos neve:**

**Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja**

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

A beavatkozás tűszúrás érzésén kívül nem jár megterheléssel. Ritkán előfordulhat vérzés, hasúri fertőződés, bélsérülés. Osztályunkon a szakmai szabályok betartásával több ezer beavatkozás során csak néhány esetben lépett fel szövődmény.

**Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:** A hasúri folyadék leszívása más módszerrel nem lehetséges.

	<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Hascsapolás végzéséhez</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ</b> <b>#!AKTOSZTALYNEVE;</b> <b>8900. ZALAEGRSZEZ, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-INF-01.</b> <b>Verziószám: 1</b>
--	--	--

**Az ellátás folyamata és várható kimenetele:** A beavatkozás a hasfal átszúrásával történik, mely enyhe fájdalommal járhat. Vékony tüvel a hasfalon keresztül hasúri folyadékot bocsátunk le. A folyadék laboratóriumi feldolgozásra kerül. A beavatkozás ideje a hasúri folyadék mennyiségétől függ, ettől függően 1-2 óráig tarthat.

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

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

**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

	<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Hascsapolás végzéséhez</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ</b> <b>#!AKTOSZTALYNEVE;</b> <b>8900. ZALAEGRSZEZ, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-INF-01.</b> <b>Verziószám: 1</b>
--	--	--

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.

**TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT**  
**Hascsapolás végzéséhez**  
**ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ**  
**#!AKTOSZTALYNEVE;**  
**8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500**

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

**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 megisméltése 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.*

..... 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 megisméltetlen 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!**