

<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>hangszalag laterofixáció végzéséhez</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ, FÜL-ORR-GÉGÉSZETI</b> <b>OSZTÁLY</b> <b>8900. ZALAEGERSZEG, ZRINYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-ORL-32.</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;

**Cselekvőképzetlenség 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   |   |

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

**Beavatkozás megnevezése:** hangszalag laterofixáció

Az eljárás célja: a bénult hangszalag fonallal oldalra történő kihúzása, a hangrés tágítása, ezzel megfelelő légzés biztosítása.

**Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos neve:**

**Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:**

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

Fulladás fordulhat elő, mely légső metszést tehet szükségessé.

**Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:**

A műtét külső feltárásból is elvégezhető, ez azonban a nyakon kívül heget eredményez.

**Az ellátás folyamata és várható kimenetele:**

altatásban a szájüregben keresztül a gégehez vezetett fémcsövön keresztül egy speciális eszközzel a hangszalag alá és fölé vezetett fonalat a pajzsporc külső felszínén megcsomózva a hangszalagot oldalra kihúzzuk.

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

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

A műtét következtében előfordulhat gyulladás, oedema, mely légzési nehézséget okozhat és légcső metszést is szükségessé tehet. Ritkán előfordul, hogy a fonal a hangszalag szövetébe "bevág", ami a fonal eltávolítását teheti szükségessé. Nehéz feltárás esetén fog kilazulás, fogsérülés, esetleg a fog kiesése előfordulhat.

A műtét után átmeneti fájdalom, esetleg nyelési nehezítettség jelentkezhet.

A műtét során ritkán, sajnálatos módon a leggondosabb eljárás alkalmazása mellett is előfordulhatnak égések a bőrfelületen az elektródák által lefedett területen, melyek a használt orvostechnikai eszközök működése közbeni váratlan esemény miatt vagy az alkalmazott kémiai anyagok, izolálás, ragasztóanyagok, kötszer által okozott irritációból erednek.

**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,

**TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT**  
**hangszalag laterofixáció végzéséhez**  
**ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ, FÜL-ORR-GÉGÉSZETI**  
**OSZTÁLY**  
**8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500**

**BNY-ZMK-ORL-32.**  
**Verziószám: 1**

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 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:** .....

**TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT**  
**hangszalag laterofixáció végzéséhez**  
**ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ, FÜL-ORR-GÉGÉSZETI**  
**OSZTÁLY**  
**8900. ZALAEGERSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500**

**BNY-ZMK-ORL-32.**  
**Verziószám: 1**

*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!*

Zalaeegerszeg, .....

.....  
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!**