

<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>a nyelvfék bemetszés végzéséhez</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ, FÜL-ORR-GÉGÉSZETI OSZTÁLY</b> <b>8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-ORL-52.</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):**

**Beavatkozás megnevezése:** a nyelvfék bemetszés

Az eljárás célja: a lenőtt nyelv felszabadtítása és ezzel a nyelvfék okozta beszédhiba javítása.

**Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos neve:**

**Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:**

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

A létrejött beszédhiba maradandóvá válik.

**Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:**

Más eljárási mód nem ismert.

**Az ellátás folyamata és várható kimenetele:**

A beavatkozás érzéstelenítésben történik, melynek során az átlagosnál rövidebb nyelvfeket bemetsszük.

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

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

Igen ritkán előfordulhat utóvérzés, átmeneti fájdalom 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 orvostechikai 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, 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

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

**BNY-ZMK-ORL-52.**  
**Verziószám: 1**

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

.....  
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)

**2. Beavatkozás visszautasítása:**

**A kezelőorvos által tervezett és megajánlott beavatkozás elvégzésébe felelősségem teljes tudatában nem egyezem bele.** (a nyilatkozat teljes szövegének kézzírással 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

.....  
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)

**3. Tájékoztatásról való lemondás:**

**Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni.**

**Helyettem tájékoztassák:** .....

*Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézzírással megismételten leírva, aláírva, vagy írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében és azok aláírásával ellátott teljes bizonyítóerejű magánokiraton erősítse meg!*

Zalaegerszeg, .....

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

**BNY-ZMK-ORL-52.**  
**Verziószám: 1**

.....  
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)

**A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!**