

TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT Ultrahang(CT) vezérelt folyadék lebocsátás és helyi kezelés végzéséhez ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ, RADIOLÓGIAI OSZTÁLY 8900. ZALAEGERSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500	BNY-ZMK-RAD-12. 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 |
|---|--|

Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):

Beavatkozás megnevezése:

Ultrahang(CT) vezérelt folyadék lebocsátás és helyi kezelés.

Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos neve:

Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja

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

Az ultrahang vezérelt folyadék lebocsátás célja a testben lévő kóros folyadékgyülem műtét nélküli eltávolítása, illetve helyi gyógyszeres kezelés. Az ultrahang (vagy CT) vezérlés lehetővé teszi a kóros elváltozás helyének pontos meghatározását, illetve annak biztonságos felkeresését.

A beavatkozás elmaradása késlelteti a diagnózist vagy a kezelés megkezdését esetleg műtét válik szükségessé.

Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

Az eljárás műtéttel helyettesíthető, de a műtét az altatást is beleértve mindig nagyobb kockázattal jár. Elmaradása hátráltatja a gyógyulást.

TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
Ultrahang(CT) vezérelt folyadék lebocsátás és helyi kezelés
végzéséhez
ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ, RADIOLÓGIAI OSZTÁLY
8900. ZALAEGERSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500

BNY-ZMK-RAD-12.
Verziószám: 1

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 orvosi 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 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

.....
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 – kézírásával megismételten leírva, aláírva, vagy írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében és azok aláírásával ellátott teljes bizonyítóerejű magánokiraton erősítse meg!

.....

TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
Ultrahang(CT) vezérelt folyadék lebocsátás és helyi kezelés
végzéséhez
ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ, RADIOLÓGIAI OSZTÁLY
8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500

BNY-ZMK-RAD-12.
Verziószám: 1

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)

A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!