



Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház
9024 Győr, Vasvári Pál u. 2-4.

Beteg-felvilágosítási és - hozzájárulási nyilatkozat Arterio-venosus shunt műtétéhez

Beteg neve:

Címe:

Születési ideje:

Tájékoztatjuk önt, hogy a **Arterio-venosus shunt** írásos beleegyezése szükséges. A beleegyezés aláírása előtt gondosan olvassa el a betegtájékoztatót, és amennyiben kérdése van a beavatkozással kapcsolatban, forduljon a vizsgálatot végző orvoshoz.

1. A betegségem, amely kórisme szerint (magyarul is):
Idült veseelégtelenség – Chronicus renalis insuffitientia
2. A javasolt beavatkozásról műtét, amely (magyarul).
Arterio-venosus shunt sec. Cimino
Verőér-visszér összeköttetése csukló vagy könyökhajlatban művesekezelés céljából
3. Kijelentem, hogy a beavatkozás természetéről és céljáról, a várható előnyökről és a műtéttel járó kockázatról, a kötelező elővigyázatosság ellenére adódó szövődmények lehetőségéről, valamint betegségem kezelésének egyéb lehetséges módozatairól megfelelő tájékoztatást, szóban feltett kérdéseimre kielégítő választ kaptam. Ismertették velem, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye. Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék arról, milyen kezelést szeretnék.
4. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.
A kezelésbe való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszersztől mentesen adom.

Ennek alapján kérem, hogy rajtam a fent javasolt beavatkozás(oka)t elvégezzék.

5. Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak az alábbi előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt és gyógytartamot kedvezőtlenül befolyásolhatják:
 - vérzés,
 - sebfertőzés,
 - thrombosis (vérrögösödés a gyűjtőér területén),
 - verőérsérülés, kézhűvösség, szorítóerő kis mértékű csökkenése,
 - perifériás idegsérülés, zsibbadás.

A nyilatkozat visszavonásig érvényes!

6. A műtéti beavatkozás során azon változtatásokkal, amelyek a műtét alatt kényszerhelyzetben adódhatnak, egyetértek. Tudomásul veszem, hogy a műtétet az osztályvezető főorvos (vagy megbízottja) által kijelölt **kezelőorvos** fogja végezni. Tanúsítom, hogy kezelőorvosom kijelölése megtörtént. Felvilágosítottak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész állapotomról illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni engem.
7. Beleegyezem a szükségesnek tartott vér, vérkészítmények, gyógyszerek vagy más szükséges készítmények adásába.
8. Tudomásom van arról, hogy az intézetben egészségügyi személyzet (orvostanhallgatók, egészségügyi szakdolgozók) képzése is folyik, akiket orvosi titoktartás kötelez.
9. Beleegyezem, hogy kórházi kezelésem időtartama alatt a betegségekre vonatkozó orvosi dokumentáció (lázlap) a kórházi ágy lázlap tartóján elhelyezve az egészségügyi személyzet számára folyamatosan hozzáférhető legyen. Beleegyezem, hogy a műtét során fénykép vagy videó felvételek készüljenek, azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhetővé.
10. Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:
 - 10.1. Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:
 - 10.2.
 - 10.3. az alább megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:
.....
 - 10.4. Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről kérésükre se tájékoztassák:
.....
11. Amennyiben Ön betegségéről, különösen annak daganatos természetéről nem kíván részletes felvilágosítást kapni, úgy az alábbi nyilatkozatot - kézírásával megismételten leírva - aláírásával erősítse meg. (E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondása érvénytelen.)

"Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. A döntéseket kezelőorvosomra bízom."
12. **A kapott írásbeli és szóbeli tájékoztatást elegendőnek találtam, feltett kérdéseimre kielégítő választ kaptam, a beleegyező nyilatkozattal kapcsolatban további kérdésem nincs.**

Győr, 20.... hó nap

.....
a tájékoztató orvos aláírása

.....
a beteg (törvényes képviselő) aláírása

1 SÜRGŐSSÉG ORVOSI IGAZOLÁSA

A betegről vagy illetékes személyről a hozzájárulás elnyerése miatti késedelem a beteg életét vagy egészségét veszélyezteti, ezért úgy ítéljük meg, hogy sürgősségi műtét szükséges.

Győr, 20.... hó nap

.....
1. orvos

.....
2. orvos

A nyilatkozat visszavonásig érvényes!