

## *Általános beleegyező nyilatkozat*

Beteg neve: @@paciens\_neve Születési neve: @@születési\_neve  
Anyja neve: @@anya\_neve  
Született: @@pac\_szul\_hely @@szüldátum  
Lakcím: @@áll\_irányítószám @@áll\_település @@áll\_utca\_házzszám  
TAJ száma: @@taj\_maskszam  
Törzsszám: @@fekv\_torzsszam

Alulírott beleegyezem diagnosztikus, terápiás eljárások, műtét elvégzésébe.

Felhatalmazom a műtétet végző orvost, illetve orvoscsoportot és asszisztenciáját arra, hogy a műtét során felmerülő, olyan előre nem látható műtéti beavatkozást is elvégezzenek, amely orvosilag indokolt és az egészség megóvására, illetve az élet meghosszabbítására irányul.

Kijelentem, hogy a műtét (vagy) a diagnosztikus eljárás természetéről és céljáról, a kezelés lehetséges formáiról, a vele járó kockázatról és az elővigyázatosság ellenére adódó szövődmények lehetőségéről megfelelő felvilágosítást kaptam. Megértettem, hogy minden eljárásnak van valamilyen kockázata.

Beleegyezem a szükséges érzéstelenítő eljárás elvégzésébe és megértem, hogy az érzéstelenítésnek vannak kockázatai.

Beleegyezem az ésszerű határok között szükségesnek tartott vér, gyógyszer, kábítószer vagy más anyagok beadásába, valamint az orvos által szükségesnek tartott röntgenvizsgálat, eljárások és eszközök alkalmazásába.

Az orvostudomány fejlődése érdekében beleegyezem abba, hogy a műtőben, vagy a kezelőben olyan egészségügyi szakemberek lehessenek jelen megfigyelőként, akik a műtét, vagy beavatkozás menetéről fényképeket készíthetnek - azzal a kikötéssel - hogy a felvételen személyem nem válik felismerhetővé. Abban az esetben, ha a műtét során készült fényképfelvételeken felismerhetővé válnék, úgy annak felhasználásához külön hozzájárulás szükséges.

A kórházi orvosi kar tagjaként szereplő orvosom megvizsgálhat, a testemből kivett szerveket, szöveteket, folyadékokat, vagy részeket megvizsgáltathatja, megsemmisítheti.

Kijelentem, hogy az 1. Pontban megjelölt, diagnosztikai eljárásról, valamint annak lefolyásáról megfelelő tájékoztatást kaptam és részemről a beavatkozással kapcsolatban több kérdés nem merült fel.

**Az intézmény egész területén tilos a dohányzás, melynek betartása kötelező. A dohányzási tilalom megszegésének minden következményét vállalom.**

Megjegyzés:

A műtét elvégzésének típusa magyarul: .hasi méheltávolítás + adnexamok eltávolítása

A műtétről, a műtét előtti előkészítésről, s a műtétet követő megfigyelési időszakról részletes tájékoztatást kaptam, tájékoztattak az esetleges gyulladásozós sérülésoz és utóvérzési szövődmények lehetőségéről is, valamint lehetséges sebgyógyulási zavarokról is.

Felhatalmazom a műtétet végző orvost, illetve orvoscsoportot és asszisztenciáját arra, hogy a műtét során felmerülő előre nem látható műtéti beavatkozást is elvégezzenek, mely orvosilag indokolt és az egészség megóvására, illetve az élet meghosszabbítására irányul. Ha esetlegesen a műtét alatt vagy után vérkészítmény beadása orvosilag indokolt, abba beleegyezem. A fenti felvilágosítást, tájékoztatást, a műtéttel kapcsolatban tiszta tudatállapotban megértettem, s tudomásul veszem, az esetleges szövődmények kockázati tényezők előfordulásának lehetőségét is. Mindezek birtokában a műtétbe beleegyezem, illetve kérem a műtét elvégzését.

Tudomásul veszem és látogatóimat tájékoztatom arról, hogy a Szülészeti - Nőgyógyászati Osztály látogatósi rendje a következő:

Látogatósi idő: 12:00 - 14:00-ig,  
16:00 - 18:00-ig

@@megj\_kezorv\_név  
felvilágosító orvos

@@paciens\_neve  
beteg (vagy képviselője)

Salgótarján, @@sys\_datum\_hosszú