

BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT

A beavatkozásról a tájékoztatót elolvastam, az orvos általi szóbeli tájékoztatást megértettem, valamennyi kérdésemre választ kaptam. **A beavatkozás elvégzésébe beleegyezem, kérem annak elvégzését.**

Diagnosis: tomportáji combcsonttörés

Javasolt gyógy mód: általános anaesthesiában képerősítő alatt fedett repositio, tomporszeggel történő stabilizálás, repositio nehézség esetén műtéti feltárás, nyílt repositio, majd tomporszeggel történő stabilizálás.

Szövődmény lehetőség: általános műtéti szövődmények, sebgyógyulási zavar, mely akár további műtétet tehet szükségessé, Mechanikai szövődmények, melyek esetleg szintén további műtéti beavatkozást tehetnek indokolttá.

Választható gyógy mód: 6 hétig extensio kezelés

Döntésem meghozatalához elégséges idő állt rendelkezésemre, a felmerült egyéb kérdésekre szóban kielégítő választ kaptam.

Keszthely,

Tájékoztatót végző orvos: (olvasható aláírás)

.....

.....

beteg olvasható aláírása

.....

vagy a törvényes képviselő aláírása (1)

Beteg neve:

Törv. képvis. neve:

Születési helye ideje:

Születési helye, ideje:

Lakcíme:

Lakcíme:

(1) cselekvőképzetlenség, vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett CSAK a törvényes képviselő írhatja alá!

A kezelőorvos részletes felvilágosítása – mely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló következményeket is tartalmazta – ellenére a beavatkozás elvégzéséhez **nem járulok hozzá, az ellátást visszautasítom.**

Keszthely,

Tájékoztatót végző orvos: (olvasható aláírás)

.....

.....

beteg olvasható aláírása

.....

vagy a törvényes képviselő aláírása (1)

Beteg neve:

Törv. képvis. neve:

Születési helye ideje:

Születési helye, ideje:

Lakcíme:

Lakcíme:

(1) cselekvőképzetlenség, vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett CSAK a törvényes képviselő írhatja alá!

.....
(1) Tanu aláírása
(1) Tanu neve:
Lakcíme:

.....
(2) Tanu aláírása
(2) Tanu neve:
Lakcíme: