



**TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ
NYILATKOZAT**
Alveolus korrekció, éles csontperem lesimítása

EHB 7-09/00-43
Változat: 1
Hatálybalépés:
2023-04-28

Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház

Tagkórház megnevezése:

Tagkórház címe:

OSZTALY NEVE:

Osztályvezető főorvos:

NEAK KÓD:

Beteg neve:

Születési név:

Születési hely, idő:

Lakcím:

TAJ szám:

Anyja neve:

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképes kiskorú, illetve a cselekvőképességében bármely ügycsoport tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a törvényes képviselő adatai (név, szül. idő, anyja, lakcím) és a korlátozás alá eső ügycsoport megjelölése:

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) nagyszülője, ennek hiányában

bf) 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

Ha az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van, tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során igényli- e támogatója jelenlétét?	Igen / nem ¹
Ha igen:	
Támogató neve:
Címe:
Telefonszáma:

1./ **Betegség megnevezése** fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul): éles csontperem, subinvolutió alveoli

2./ **Beavatkozás megnevezése** (magyarul, esetleg latinul): Alveolus korrekció, éles csontperem lesimítása.

3./ **Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:**

4./ **Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:**

5./ **Javasolt beavatkozás előnye és kockázata:**

Előnye: gyulladás, fájdalom, fogpótlási nehezítettség elkerülése.

¹ A megfelelő rész aláhúzendó.

Kockázat: Fájdalom, vérzés, láz. Műtési terület környezetében lágyrész, fogak, állcsont érzékenysége, sérülése, érzéskiesés az íny és az arcfél területén. Duzzanat, haematoma (bevérzés). A feltáráson keresztül levegő juthat a bőr alá, amely sercegésként tapintható. A levegő és a vérömleny általában nyom nélkül felszívódik, de ha befertőződik, gyulladás, tályog alakulhat ki. Varrateltelenség, lebeny elhalás, ismételt operáció szükségessége. Idegszál-sérülés területén érzéskiesés, zsibbadás. Gennyes arcüreggyulladás, agyi és szemészeti szövődmények, fogpótlási nehezítettség, rágási nehézség, beszédzavar, esztétikai zavar. Arc asszimetria.

- általános tájékoztatás betegre szóló kiegészítése:
- személyre szabott kockázatok:

6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai: Fájdalom. Agyi és szemészeti szövődmények, fogpótlási nehezítettség, rágási nehézség, beszédzavar, esztétikai zavar. Arcduzzanat, arc asszimetria. Későbbiekben fog elvesztése. Krónikus vagy akut gyulladás, tályog alakulhat ki, közeli és távoli területeket betegíthet meg (góchatás), szemgyulladás, hajhullás, bőrbetegség, ízületi gyulladás, szívbetegség. A gyulladás tovább terjedhet környező anatómia képletekre, szeptikus állapot kialakulhat. A belőle származó baktériumok és mérgeanyagok az egész szervezetet elárasztják, általános vérmérgezést, akár halált is okozhatnak.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek: nincs

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele: Helyi érzéstelenítésben műtési feltárásból éles csontperem korrekciója csontfűrővel vagy csontcsípővel. Varratokkal egyesítve a műtési területen az íny. Teljes gyógyulás.

9./ A javasolt életmódról, további ellátásokról kezelőorvosomtól szóban és a zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.

A fenti és az általam feltett kérdésekre mind szóban, mind írásban számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.

Kellő idő és információ állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, beleegyezem-e a vizsgálatba. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozás visszautasítására, 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 miatti következményekért (különösen, de nem kizárólagosan a gyógyeredmény alakulásáért) azokat az orvosokat, akik által javasolt beavatkozást nem fogadtam el, felelősség nem terheli.

Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzésébe való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. Alapos ok nélküli visszavonás esetén azonban köteles vagyok az ezzel összefüggésben felmerült és indokolt költségeket megtéríteni.

Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom.

Kezelőorvosom kész engem állapotomról, illetve annak változásairól folyamatosan, megfelelően tájékoztatni.

A fentiek alapján minden megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésemet adom a megnevezett egészségügyi beavatkozáshoz, és kérem, hogy azt rajtam végezzék el.

Dátum:

.....
kezelőorvos aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....
tanú (név, lakcím)

.....
tanú (név, lakcím)

Ha a betegnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van és tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során támogatója jelenlétét igényelte, a jelen lévő támogató aláírása:

