



# TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

**EHB 7-09/00-43**Változat: 1  
Hatályba lépés:  
2017-01-09

## Ventillációs dobüregi tubus alkalmazása

**Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház****Telephely megnevezése:****Telephely címe:****OSZTÁLY NEVE:**

Osztályvezető főorvos:

NEAK KÓD:

**Beteg neve:****TAJ szám:****Születési név:****Anyja neve:****Születési hely, idő:****Lakcím:**

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 c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes

beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes

 ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában ca) gyermeke, ennek hiányában bb) gyermeke, ennek hiányában cb) szülője, ennek hiányában bc) szülője, ennek hiányában cc) testvére, ennek hiányában bd) testvére, ennek hiányában cd) nagyszülője, ennek hiányában be) nagyszülője, ennek hiányában ce) unokája bf) 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 <sup>1</sup>
<b>Ha igen:</b>	
Támogató neve:	.....
Címe:	.....
Telefonszáma:	.....

**1./ A betegség megnevezése** fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul): Idült fülkürthurutnál, dobüregi ventillációs zavaroknál, csecsnýlványgyulladás

**2./ A beavatkozás megnevezése** (magyarul, esetleg latinul):

- A levegőtlen dobüreg megszüntetése.
- A dobüregi folyadékgyülem tartós lebocsátása (dobüregi drenage biztosítása).
- Hallás javítása.

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

A fenti beavatkozás elvégzésére kezelőorvost nem kérek fel\*/Dr. .... kezelőorvost kérem fel.\* (\* a megfelelő aláhúzendó!)

**4./ A beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:**

<sup>1</sup> A megfelelő rész aláhúzendó!

## **5./ A javasolt beavatkozás előnye és kockázata:**

### **Előnye:**

Hallásjavulás, gyulladáshoz vezető tünetek megszüntetése.

### **Kockázata:**

A műtét szövődményei:

- A dobüreg tartós nyitottsága miatt a középfül felülfertőződhet.
- A dobüregben gyulladáshoz vezető szövetszaporulat granuláció képződhet (idegentest granuláció).
- Környező szervek és szövetek sérülései.
- Az általános tájékoztatás betegre szóló kiegészítése:
- Személyre szabott kockázatok:

## **6./ A javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:**

### **Javasolt műtét elmaradásának lehetséges következményei:**

- Maradandó halláskárosodás.
- A dobüregi folyadékgyülem a kórokozók számára jó táptalajt biztosítva idült bakteriális középfülgyulladást indíthat el.

**7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:** fülkürt ventilációs zavarainak a megszüntetése, orrcsepp, orrspray.

**8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:** hallásjavulás, orrlégzés helyreállása.

### **Beavatkozás menete:**

A dobhártya elülső mellső negyedében metszést ejtünk. Operációs mikroszkóp alatt a dobüregbe kis műanyag csövet helyezünk, biztosítva a dobüreg szellőzését, és a felgyülemlett folyadék (savó, nyák) kiürülését.

## **9./ A javasolt életmódról, további ellátásokról kezelőorvosomtól folyamatosan 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 kézirással 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:

támogató aláírása

## 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 beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén **nem utasítható vissza** az olyan ellátás, amelynek elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be. Amennyiben cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a betegség természetes lefolyását lehetővé tevő életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására kerül sor, a Kórház keresetet indít a beleegyezés bíróság általi pótlása iránt. A kezelőorvos a bíróság jogerős határozatának meghozataláig köteles a beteg egészségi állapota által indokolt ellátások megtételére, amelyhez szükség esetén rendőrhatalóság közreműködését is igénybe veheti. Közvetlen életveszély esetén a szükséges beavatkozások elvégzéséhez bírósági nyilatkozatpótlásra nincs szükség.

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:

támogató aláírása

## 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!

.....  
.....

**Figyelem! Az Eütv. 14. § (1) bekezdése alapján a cselekvőképes beteg nem mondhat le a tájékoztatásról, amennyiben betegsége természetét ismernie kell ahhoz, hogy mások egészségét ne veszélyeztesse!**

Dátum:

kezelőorvos aláírása

beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

tanú (név, lakcím)

tanú (név, lakcím)

**A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!**

**Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház  
4400 Nyíregyháza, Szent István u. 68. Tel: 42/599-700**