



A DOKUMENTUM 2 OLDALBÓL ÁLL

Osztály/részleg: \_\_\_\_\_

Beteg neve: \_\_\_\_\_

Születési idő: \_\_\_\_\_ TAJ szám: \_\_\_\_\_

## BETEGTÁJÉKOZTATÓ

### Tisztelt Betegünk!

Az Ön betegsége miatt seb feltárást végzünk, orvosi szakkifejezéssel “sebrevíziót” szükséges végezni. A beavatkozást a Kiskunhalasi Semmelweis Kórház Invazív Mátrix Osztályán végezzük el.

Tekintettel az alapbetegségekre és a műtéti beavatkozásra, a seb másodlagos gyógyulásának *szövődményes* megvalósulására, illetve annak magas kockázatával kell számolni.

Jelenleg kísérleti fázisban levő eljárással, úgy nevezett “negatív nyomású sebkezeléssel” a szövődmények esélye reményeink szerint csökkenthető.

Az eljárás szakmai felügyeletét, folyamatos kontrollját, szükség esetén a kezelés felfüggesztését az Ön sebész kezelőorvosa fogja végezni.

A negatív nyomású sebkezelés jelenlegi ismereteink szerint a sebgyógyulási szövődmények kockázatát csak csökkenteni képes, önmagában újabb kockázatnak a beteget nem teszi ki. Emellett azonban -ez magának a kezelési vizsgálatnak is a célja- bizonyításra szorul, hogy az eljárás hatékony, a sebgyógyulási kockázatot csökkenti, illetve ezt az eredményt költséghatékonyan lehet elérni.

A kísérleti fázisban levő kezelési metódus csupán az Ön tudomásával és beleegyezésével kezdhető és folytatható.

Amennyiben az eljárással azt megelőzően, vagy közben kérdése merülne fel, kezelőorvosához fordulhat kérdésével.

A vizsgálatban szereplő betegek adatait a hatályos törvények szerint bizalmasan kezeljük, sem tudományos publikációban, sem más formában személyes adatai nem kerülnek nyilvánosságra.

Az eljáráshoz adott beleegyző nyilatkozatomat bármikor jogomban áll visszavonni, azonban a beleegyezés alapos ok nélküli visszavonása esetén kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

Kiskunhalas, 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
tájékoztatást végző orvos aláírása, pecsét

\_\_\_\_\_  
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

*(a dokumentum a következő oldalon folytatódik!)*



## **BELEEGYZŐ NYILATKOZAT AZ ELJÁRÁS ELVÉGZÉSÉHEZ**

Kijelentem, hogy a fenti tájékoztatást elolvastam, megértettem és szóban is teljes körű tájékoztatást kaptam. Kellő idő állt rendelkezésemre, hogy a fentiek elfogadásáról szabadon dönthessek. A feltett kérdéseimre megfelelő, érthető választ kaptam. Nyilatkozatommal megerősítem, hogy a felajánlott eljárásba beleegyezem. Hozzájárulok, hogy kezelésem során anonimizált formájú képi dokumentáció készüljön rólam.

Tájékoztatást kaptam arról is, hogy az eljáráshoz adott beleegyző nyilatkozatomat bármikor jogomban áll visszavonni, azonban a beleegyezés alapos ok nélküli visszavonása esetén kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

Ezen nyilatkozatom belátási képességem teljes tudatában, szabad akaratomból tettem, elolvasás után mint, akaratommal mindenben megegyezőt, jóváhagyólag saját kezemmel írtam alá.

Kiskunhalas, 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
orvos aláírása, pecsét

\_\_\_\_\_  
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

## **NYILATKOZAT AZ ELJÁRÁS ELUTASÍTÁSÁRA**

A fenti tájékoztatást elolvastam, megértettem és a teljes körű írásbeli és szóbeli tájékoztatás alapján tudomást szereztem arról, hogy jogom van az eljárás elutasítására.

Tisztában vagyok azzal, hogy az eljárás elmaradása esetén milyen következménnyel számolhatok. és azzal, hogy kezelőorvosomat nem terheli felelősség, a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért.

Nyilatkozatommal megerősítem, hogy a felajánlott eljárásba nem egyezem bele.

Tájékoztatást kaptam arról is, hogy az eljárás visszavonására vonatkozó nyilatkozatomat bármikor, alaki kötöttség nélkül visszavonhatom.

Ezen nyilatkozatom belátási képességem teljes tudatában, szabad akaratomból tettem, elolvasás után mint, akaratommal mindenben megegyezőt, jóváhagyólag saját kezemmel írtam alá.

Kiskunhalas, 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
orvos aláírása, pecsét

\_\_\_\_\_  
beteg vagy törvényes képviselő aláírása