**MŰTÉTI BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT**

**Beteg neve: Teszt Beteg** (születési idő: 1974.01.15.)

**Azonosító: 123 456 789**

**A.**

1. Tanúsítom, hogy orvosaim ***Dr.*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_betegségem természetéről, mely kórisme szerint (magyarul) ***teljes vizelet elakadás*** kellően felvilágosítottak.

Kérem, hogy a gyógyításomra javasolt műtétet (magyarul) ***a prostata húgycsövön keresztüli eltávolítása*** rajtam elvégezzék.

Műtét során az alábbi beavatkozásokra kerül sor:

***a prostata húgycsövön keresztüli eltávolítása***

A javasolt műtét kockázatairól, lehetséges szövődményeiről és várható következményeiről a kellő mértékű felvilágosítást megértettem, úgy mint

***vérzés, nagy vérzés esetén vérátömlesztés, ill. feltárásos műtét, láz, hidegrázás, elhúzódó katéter viselés, húgycsőszűkület, mélyvénás trombózis, átmeneti vizelési képtelenség, majd vizeletcsepegés, nehezen visszatérő vizelési képesség***.

Tájékoztatást kaptam a lehetséges egyéb gyógymódokról, mint … , valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről.

Megismertem az ajánlott és más szóba jövő kezelési eljárások előnyeit és hátrányait. Szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam, melyeket megértettem és kijelentem, hogy több kérdésem nincs.

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon és kényszermentesen dönthessek arról, hogy milyen kezelést szeretnék.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, melyek a várható gyógyulást (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják, ezekért orvosaimat felelősség nem terheli.

1. Felhatalmazom a műtétet végző orvost, illetve orvos csoportot és asszisztenciáját arra, hogy a műtét során felmerülő, olyan előre nem látható műtéti beavatkozást elvégezzenek, amely orvosilag indokolt, és az egészség megóvására, illetve az élet meghosszabbítására irányul.
2. Beleegyezem a műtét során szükségesnek tartott vér, gyógyszer, kábítószer, vagy más anyagok beadásába, valamint az orvosok által szükségesnek tartott további vizsgálati eljárások alkalmazásába.

4/a. Hozzátartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

* 1. Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:
	2. Az alább megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:
	3. Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről kérésükre tájékoztassák :

4/b. Tudatában vagyok, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során az elutasítás kapcsán bekövetkezett szövődményekért, illetve a gyógyulás alakulásáért az orvosokat – akiknek a kezelését nem fogadom el – a felelősség alól felmentem.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 műtétet végző orvos Beteg vagy törvényes képviselő

 aláírása aláírása

**B.**

* 1. Aláírásommal megerősítve kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig a gyógyulási kilátásaimról **nem kívánok részletes felvilágosítást kapni**, a döntéseket kezelőorvosomra bízom.

Felhatalmazom orvosaimat, hogy rajtam a szükséges műtétet a szakma szabályai szerint elvégezzék.

* 1. Továbbá az alább megnevezett személyek mindennemű tájékoztatását megtiltom.

E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondás érvénytelen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 műtétet végző orvos Beteg vagy törvényes képviselő

 aláírása aláírása

Budapest, 2020.08.25.