Országos Onkológiai Intézet

Cím: 1122 Budapest, Ráth György u. 7-9.

Telefon: 224-8600

**INVAZIV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BETEGTÁJÉKOZTATÓJA**

Alulírott , (szül.idő) (TAJ) kijelentem, (orvos neve), hogy engem,

illetve hozzátartozómat .............................................................(név) ................................(szül.idő) ................................................. (rokonsági fok) az alábbi invaziv beavatkozásról a következők szerint kellő mértékben és módon tájékoztatott:

1.Az invaziv beavatkozás (műtét, vizsgálat):

prostata biopsia

2. A beavatkozás menete, technikája:

végbélen keresztül, ultrahanggal vezérelten prosztata mintavétel

3. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:

1. Vérzés

2. Húgyhólyag átfúródása, vérvizelés

3. Bélsérülés

4. Súlyos fertőzés, vérmérgezés

5. Vizelet elakadás

4. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:

5. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:

aspirációsbiopsia, cytológiai vizsgálat

**INVAZIV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYEZŐ NYILATKOZATA**

Kellő idő állt a rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek és válasszak a megismert kezelések közül. Tájékoztattak arról, hogy szakszerű, a szakma szabálya szerinti gyógykezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják.

Tájékoztattak arról, hogy a kórházi kezelés (kivizsgálás, gyógyszeres kezelés, műtét, egyéb fent részletezett kezelés) elutasítása, a gyógykezelés megszakítása, illetve annak meghatározott vagy meghatározatlan idejű halasztása kockázattal jár.

Megértem és tudomásul veszem azt is, hogy kivizsgálásom és kezelésem során tanulónővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármikor a felajánlott kezelések elutasítására. Ez esetben a kezelésem során, a visszautasítás kapcsán jelentkező következményekért, szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a javaslatát, kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

Ezen nyilatkozat aláírásával

 beleegyezem és kérem\* nem egyezem bele és nem kérem\*

a fenti beavatkozás elvégzését.

Budapest, 2020.08.25.

......................................................................... ............................................................................

 orvos aláírása beteg vagy törvényes képviselő aláírása

\* A megfelelő rész egyértelműen (aláhúzás, bekarikázás) jelölendő.