
	Budapesti Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet H- 1106 Budapest , Maglódi út 89-91. Főigazgató: Dr. Óváry Csaba PhD. MSc.	
	X. kerületi szakrendelő, Bőrgyógyászat Tel: [36-1] 433-3486 www.bajcsy.hu Fax: [36-1] 432-7506	

Bőrgyógyászati kisműtét beleegyező

Tájékoztatjuk Önt, hogy részletes, alapos és Önnel egyeztetett kivizsgálása alapján a mielőbbi gyógyulása érdekében beavatkozás elvégzése szükséges, ami szakmailag megalapozott és az Ön érdekeit leginkább szolgáló megoldás. A Bőrgyógyászati Ambulancia a beavatkozásról az alábbiakban tájékoztatja Önt, hogy - mindent mérlegelve - dönthessen, és beleegyező nyilatkozatát adja a beavatkozás elvégzéséhez. A beavatkozásról az azt végző orvos Önnek egyéniesített, teljes körű szóbeli tájékoztatást is ad, úgy és olyan mélységig, mely megítélése szerint szükséges, Ön által érthető, állapotának megfelelő, lehetőséget adva a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére, melyeket megválaszol.

Beteg neve..... **TAJ:** □□□-□□□-□□□

Születési idő: □□□□.□□.□□

1./ A BETEGSÉG MEGNEVEZÉSE, ISMERTETÉSE

(a megfelelő szövegrész aláhúzendó)

- Fibroma pendulum: bőr felszínéből kiemelkedő nyeles növedék
 Verruca vulgaris : bőr felszínéből kiemelkedő vírusos növedék
 Verruca seborrhoica: bőr felszínéből kiemelkedő megvastagodott, száraz
 hámzó, morzsalékony szövetplusz
 Condyloma accuminatum: genitális területen megtalálható félgömbömszerű a bőr színjéből
 előemelkedő növedék
 Molluscum contagiosum: bőr színjéből kiemelkedő félgömbömszerű, közepén köldökszerűen
 behúzódó vírusos növedék
 Punch biopsia: szövetminta vétele diagnosztikus jelleggel a vizsgálni kívánt
 bőrszövetből szövettani vizsgálat céljából

2./ A BEAVATKOZÁS JELLEGE, ISMERTETÉSE

Kisműtési beavatkozás. A műti terület előkészítése majd felszíni vagy helyi infiltrációs érzéstelenítés után elektrocauterrel, Volkmann kanállal vagy olló segítségével kerül eltávolításra a növedék.

3./ A BEAVATKOZÁS CÉLJA

A növedék eltávolítása az esetleges szaporodásának megakadályozása.

4./ A BEAVATKOZÁS LEHETSÉGES KOCKÁZATAI

Szivárgó vérzés. Szövettani vizsgálat után esetleges további műtét.

4.1. A beavatkozás közben fellépő lehetséges következmények, illetőleg esetleges szövődmények

Allergiás reakció, fájdalom, vérzés.

4.2. A beavatkozás után fellépő lehetséges következmények, illetőleg esetleges szövődmények

Fájdalom, helyi gyulladás, fertőzés.

5./ A BEAVATKOZÁS KÖRÜLI IDŐSZAK JELLEMZŐI

5.1. A beavatkozás előtti történések

A beteg felkészítése a beavatkozásra verbálisan, valamint a műtéti terület előkészítése.

5.2. A beavatkozás utáni történések

Műtéti terület, valamint a keletkezett sebek ellátása, szükség szerint kötözése. A beteg megfigyelése. Tájékoztatás.

5.3. Életmódbeli változások a beavatkozás után, várható következmények

Fürdés korlátozása. Műtét napján a kezelt területet víz, nem érheti. A továbbiakban a teljes gyógyulásig gyors zuhany, nedvedző, vérző sebek kezelése, kötözése a javasolt készítménnyel.

6./ A BEAVATKOZÁS ELMARADÁSÁNAK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI

Hosszantartó egészségkárosító hatása a beavatkozás elmaradásának nincs, azonban az elváltozás nőhet, szaporodhat, esetleg beszakadhat, begyulladhat.

7./ A BEAVATKOZÁS HELYETT ALKALMAZHATÓ MÁS ELJÁRÁSOK, AZOK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI

A javasolt beavatkozás a leghatékonyabb, de helyettesíthető konzervatív kezelési módszerekkel, kryoterápiával valamint kémiai kezelési módszerekkel, melyek azonban nem adnak azonnali eredményt.

8./ A FELVILÁGOSÍTÁST ADÓ ORVOS NYILATKOZATA

A fenti beavatkozásra vonatkozó egyéniesített, teljes körű tájékoztatást – kitérve a beavatkozással kapcsolatos valamennyi fenti kérdésre – a legjobb tudásom szerint és olyan módon és mélységig adtam meg, mely a beteg/törvényes képviselője/hozzátartozója számára megítélésem szerint szükséges, érthető és képességeinek, illetőleg állapotának megfelelően megérthetett. A részletes tájékoztató, illetőleg felvilágosító beszélgetés során a kevésbé érthető részeket megvitattuk, illetőleg megbeszéltük, lehetőséget adva a betegnek/törvényes képviselőjének/hozzátartozójának a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére, melyeket megválasoltam.

Budapest, év hó napóraperc

.....
felvilágosítást adó orvos aláírása

9./ BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

A fenti beavatkozásra vonatkozó betegtájékoztatót elolvastam, az abban foglaltakat és a személyes orvosi szóbeli tájékoztatást – amely kitért a beavatkozással kapcsolatos valamennyi fenti kérdésre – megértettem és elfogadom. A szóbeli tájékoztatás, illetőleg részletes felvilágosító beszélgetés során az általam feltett kérdésekre kielégítő választ kaptam és elegendő gondolkodási idő után a beavatkozás elvégzésébe beleegyezem, és a jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten kérem annak elvégzését.

A beavatkozás kiterjesztéséhez és változtatásokhoz, amelyek a beavatkozás során előre nem látható okból szükségesek vagy célszerűnek mutatkoznak, már most hozzájárulok.

Az erre vonatkozó tájékoztatás alapján sem egyezem bele a beavatkozás során esetleg szükségessé váló kiterjesztések közül az alábbi(ak)ba:

.....

Jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy betegségemmel, az eddigi kezeléssel kapcsolatosan információt nem hallgattam el. Amennyiben a betegfelvétel kapcsán bárminemű betegséget eltitkoltam, annak következményeit magam viselem.

Kijelentem továbbá, hogy tudomásom van arról, hogy a feljánlott orvosi ellátást – a vonatkozó jogszabályokban meghatározott esetekben és módon – visszautasíthatom, illetve beleegyezésemet bármikor visszavonhatom.

Tudomásul veszem, hogy ha a beleegyezésem visszavonására alapos ok nélkül kerül sor, kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

Budapest, év hó nap óra perc

.....
beteg/törvényes képviselő/hozzátartozó aláírása

10./ ELUTASÍTÓ NYILATKOZAT

A kezelőorvos részletes felvilágosítása - amely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló lehetséges következményeket is tartalmazta - ellenére a beavatkozás elvégzését megtagadom. Tudomásul veszem, hogy az ellátás visszautasítása miatt esetlegesen bekövetkező káros következményekért orvosaimat felelősség nem terheli.

(Ha a beteg olyan beavatkozást utasít el, amelynek elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be, az elutasító nyilatkozat érvényességéhez két tanú aláírása szükséges, akik aláírásukkal igazolják, hogy a beteg a nyilatkozatot előttük írta alá, vagy aláírását előttük saját kezű aláírásának ismerte el. A beteg írásképtelensége esetén a beavatkozást két tanú együttes jelenlétében utasíthatja vissza. Ez esetben a visszautasítást az egészségügyi dokumentációban rögzíteni kell, amelyet a tanúk aláírásukkal hitelesítenek.)

Budapest, év hó nap óra perc

.....
felvilágosítást adó orvos aláírása

.....
beteg/törvényes képviselő/hozzátartozó
aláírása

Tanúk:

Név:

Név:

Lakcím:

Lakcím:

Aláírás:

Aláírás: