

# Beleegyező nyilatkozat

## Lágyéksérv műtét

1. **Beteg neve:**.....  
**Születési idő:**.....  
**Születési hely:**.....  
**TAJ:**.....

2. **A kezelőorvos (felvilágosítást adó orvos) -neve:**.....  
**-beosztása:**.....

3. **Tervezett beavatkozás megnevezése:** ..... oldali lágyéksérv műtét.

4. **A beavatkozástól várható előny:** a hasfal erősödése, a kizáródás, elhalás megelőzése, a sérv növekedés elkerülése, a sérv és a sérv okozta panaszok megszűnése. Az élettani helyzet helyreállítása.

5. **A javasolt műtét gyakori és súlyos kockázatai/következményei:**

- vérvesztés, melyet csak vérátömlesztéssel lehet rendezni, utóvérzés.
- herevíz-sérv,
- ondóvezeték sérülés,
- herék sérülése,
- sebgyógyulási zavar, fertőzés
- varratelégtelenség,
- heresorvadás, hereelhalás,
- trombózis: vérrögösödés az alsóvégtag és a kismedence mély visszereiben,
- tüdőembólia: vérrög beékelődése a tüdő verőérbe, mely a tüdők elégtelen működéséhez legsúlyosabb esetben halálhoz vezet,

6. **A beavatkozás menetének rövid leírás:** A műtét során lágyéktáji metszésből a sérvtömlő kikészítése, a sérvtartalom visszahelyezése a hasüregbe, a sérvtömlő zárása, lágyékcsatorna falának speciális öltésekkel történő megerősítése.

7. **A műtét a következő érzéstelenítéssel ill. eljárásokkal végezhető:**

- helyi érzéstelenítő injekció,
- gerinc érzéstelenítés,
- altatás.

8. Tudomásul veszem, hogy az osztályon orvosképzés, továbbképzés és egészségügyi személyzet képzése folyik, ezért beleegyezem, hogy kezelésben megfelelő felelős személy felügyelete mellett az oktatók is részt vegyenek.

9. A beleegyező nyilatkozatot elolvastam, a kapott felvilágosítást megértettem, további kérdésem nincs. A fentiek tudtában kérem a műtét elvégzését. A kezelésbe való beleegyezésemet, a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom.

10. Tájékoztatót kaptam arról, hogy külön rögzítésre kerülhetnek az orvosi megjegyzések/a beteg kérdései/ orvos válaszai részben.

Részletes rögzítést:

**KÉREK**

**NEM KÉREK**

Orvosi megjegyzések, beteg kérdései, orvos válaszai:

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

**Dátum:** .....

.....  
***A beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása***

.....  
***Felvilágosítást adó orvos (kezelőorvos) aláírása (pecsét)***

**Tanuk** (a beteg által felkért):

1.....  
név

2.....  
név

.....  
irányítószám, lakcím

.....  
irányítószám, lakcím

.....  
szig. szám

.....  
szig. szám