**MŰTÉTI BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT**

**(ajakdaganat műtétéhez- W kimetszés)**

**Beteg neve: ……..** ( születési idő:……)

 **Azonosító: …………………..**

1. Tanúsítom, hogy orvosaim … betegségem természetéről, mely kórisme szerint (magyarul) **ajak rosszindulatú daganat gyanúja / daganata** kellően felvilágosítottak.

Kérem, hogy a gyógyításomra javasolt műtétet (magyarul): **daganat eltávolítása az ajaklemez kimetszésével a daganat körüli biztonsági zónával, és zárása általános / helyi érzéstelenítésben** rajtam elvégezzék.

Műtét során az alábbi beavatkozásokra kerül sor: az alsó / felső ajak érintett részének biztonsági zónával történő eltávolítása, majd a hiányzó szövetek zárása az ajaklemez nyújtásával, W alakú segéd kimetszés segítségével. Az eltávolított ajakrész szövettani vizsgálata.

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

**vérzés, sebfertőzés, gyulladás, hegesedés, sebszétválás, elhúzódó sebgyógyulás, fájdalom, működésbeli zavar, esztétikai hátrány és ezzel együtt szociális hátrány. Az ajak, a környező bőr és szájnyálkahártya érzetének, színének, szőrzetének megváltozása. Érzés- és/vagy mozgászavar az ajkon, arcon. A szájzárás nehézsége, szájzugi aszimmetria, a szájnyílás méretének csökkenése. Általános és altatásos szövődmények. Nem teljes eltávolítás esetén újabb műtét, utókezelés (sugárkezelés) szükségessége. Daganat kiújulás, áttétképzés.**

Tájékoztatást kaptam a lehetséges egyéb gyógymódokról, mint **nincs / sugárkezelés**.., 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.

IV./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 aláírása beteg vagy törvényes képviselő aláírása

* 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 aláírása beteg vagy törvényes képviselő aláírása

**Budapest,**