

Műtéti beleegyező nyilatkozat

Alulírott az alábbi nyilatkozatot teszem:

1. Tanúsítom, hogy engem dr. _____ az alábbiakról világosított fel:
betegségem, mely kórisme szerint / illetve feltételezhetően:
2. Beleegyezem, hogy rajtam az alábbi műtétet, beavatkozást, illetve kezelést elvégezzék: a javasolt gyógymód, mely (magyarul): **Haemorrhoidectomia**
reális és hátrányos szövődményei: **vérzés, utóvérzés, sebgyógyulás, sebgyógyulási zavarok, környező szervek és képletek sérülése**
illetve várható előnyei: **az alapbetegségből adódó panaszok megszűntése és a várható következmények megelőzése**
3. Tájékoztatót kaptam arról, hogy mely beavatkozásokhoz nem szükséges külön beleegyező nyilatkozatot adnom.
- Beleegyezem, hogy a gyógykezelésemhez szükséges általános labor,- és röntgen vizsgálatokat valamint terápiás beavatkozásokat elvégezzék.
4. A házirendről tájékoztatót kaptam, tudomásul vettem, és a **legjobb tudásom szerint betartom.**
5. Tájékoztatót kaptam a személyi azonosító karszalag igénylésének lehetőségéről, a betegazonosítás céljáról, működéséről.
6. Hozzájárulok az ápolási beavatkozásokhoz és az ápolással kapcsolatos adatkezeléshez.
7. Tájékoztatót kaptam jogaimról, így különösen arról, hogy milyen feltételek fennállása esetén van jogom az ellátás visszautasítására, illetve a gyógyintézet elhagyására.
Ez esetben a kezelésem során visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért illetve a gyógy eredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.
8. Tájékoztatót kaptam a kezelési tervről, melyet elfogadok, és a kezelésbe való beleegyezésemet a tájékoztató megértése alapján, minden kényszerből mentesen adom.
9. Tájékoztatót kaptam a nemdohányzók védelméről szóló 1999. évi XLII. Törvény vonatkozó rendelkezéseiről, mely szerint a Kórház területén, csak a dohányzásra kijelölt helyen szabad dohányozni.
10. Tudomásul veszem, hogy a kórházban sem mobiltelefonnal, sem egyéb rögzítő-eszközzel sem kép, sem hangfelvétel nem készíthető.
A felvétel készítése illetve nyilvánosságra hozatala jogi következményeket von maga után.
11. A fenti tájékoztatóval kapcsolatban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam.
13. **Tudomásul veszem, hogy a Kórház oktató kórház, ahol egyetem, szakiskola, hallgatói szakmai gyakorlatukat töltik és szakorvosok, szakápolók irányításával részt vesznek az ellátásban**
14. **Hozzájárulok, hogy az ápolási dokumentációban megjelölt hozzátartozómat/hozzátartozóimat betegségemről teljeskörűen tájékoztassák:**
 - a.) Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat betegségemről **teljeskörűen tájékoztassák:**
 - b.) Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat betegségemről **korlátozottan tájékoztassák:**
 - c.) Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat betegségemről **kérésükre se tájékoztassák:**

Amennyiben a részletes orvosi felvilágosítás ellenére a műtétet, beavatkozást, illetve kezelést elutasítom, annak következményeiért a felelősséget átvállalom, azokat az orvosokat, akiktől a javasolt orvosi beavatkozást nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. Ebből eredően velük, illetve az intézménnyel szemben semminemű igényt nem támasztok.

Dátum:2019.

.....
a tájékoztató orvos aláírása
aláírása

.....
a beteg, törvényes képviselő,
vagy a meghatalmazott hozzátartozó

I. SÜRGŐSSÉG ORVOSI IGAZOLÁSA

A betegtől, vagy illetékes személytől hozzájárulás elnyerése miatti késedelem a beteg életét vagy egészségét veszélyezteti. Úgy ítéljük meg, hogy SÜRGŐSSÉGI MŰTÉT SZÜKSÉGES.

.....
1. orvos aláírása

.....
2. orvos aláírása

II. AMBULÁNS BEAVATKOZÁS ÁLTALÁNOS ÉRZÉSTELENÍTÉSBEN

Ambuláns beavatkozás esetén közlöm az orvossal, amennyiben az utolsó hat órában a beavatkozás előtt ettem vagy ittam. Tudomásul vettem, hogy a beavatkozás befejezése után még nem tanácsos egyedül közlekednem, ezért kíséret nélkül nem vállalkozom a hazamenetelre. Megértettem, hogy az érzéstelenítés utóhatásai miatt legkorábban 24 óra múlva szabad aktívan utcai forgalomban részt vennem, autót vezetnem, gépen dolgoznom, netán szeszes italt fogyasztanom.

.....
a beteg, törvényes képviselő,

aláírása

vagy a meghatalmazott hozzátartozó

III. MŰTÉT, BEAVATKOZÁS, KEZELÉS MEGTAGADÁSA

A fenti tájékoztatás ismeretében az alábbi műtét, beavatkozás, illetve kezelés elvégzésébe nem egyezem bele.

aláírása

.....
a beteg, törvényes képviselő,
vagy a meghatalmazott hozzátartozó

.....

1. tanú aláírása

.....

2. tanú aláírása

IV. MEGERŐSÍTŐ NYILATKOZAT

Amennyiben betegsége természetéről, gyógykezelése részleteiről, gyógyulási kilátásairól nem kíván részletes felvilágosítást kapni, és ezért a döntéseket a kezelőorvosára bízva, úgy szíveskedjék e tartalmú nyilatkozatot kézírásával lejegyezni.

aláírása

.....
a beteg, törvényes képviselő,
vagy a meghatalmazott hozzátartozó

BELEEGYZŐ NYILATOZAT az "Egynapos Sebészet" keretén belül végzett műtétekhez kapcsolódó ALTATÁSI ÉS ÉRZÉSTELENÍTÉSI beavatkozásokhoz illetve az "Egynapos Sebészettel" kapcsolatos MŰTÉT UTÁNI KÖVETELMÉNYEKET illetően.

Alulírott

igazolom, hogy az "Egynapos Sebészet" keretében tervezett műtétem részeként végzendő altatással/helyi érzéstelenítéssel kapcsolatos információkat megértettem, tudomásul vettem, kérdéseimre kielégítő válaszokat kaptam.

Tudomásul veszem, hogy:

- Csak akkor távozhatok műtétem napján a kórházból, miután altatóorvos megvizsgált és - a műtétet követően legkorábban 6 óra múlva - állapotomat megfelelőnek, biztonságosnak tartja a kórház elhagyásához.
- Amennyiben a műtét fél óránál rövidebb időtartamú volt, 24 órán belül nem vezethetek járművet, veszélyes munkakörben nem dolgozhatok.
- Amennyiben a műtét fél óránál hosszabb időtartamú volt, 48 órán belül nem vezethetek járművet, veszélyes munkakörben nem dolgozhatok.
- A műtétet követő 48 órában sem magánszemélyként, sem jogi személyként jognyilatkozatot nem tehetek.
- Csak akkor távozhatok műtétem napján a kórházból ha az otthonomba szállítás biztonságban, személyi kísérettel megoldható.
- Csak akkor távozhatok műtétem napján a kórházból, ha személyi segítség nélkül járóképes vagyok, ételt és folyadékot zavarmentesen tudok fogyasztani.
- Csak akkor távozhatok műtétem napján a kórházból, ha a következő 48 órában bármikor azonnali orvosi segítség hívásra van lehetőség.
- Kezelőorvosom / kezelő osztály telefonos elérhetőségét megkaptam.

- Hazaszállító személy neve:

Dátum: 2019.

.....
beteg aláírása

lásd praeop lelet
műtét előtt vizsgálatot végző orvos aláírása

Figyelem!

A műtétet csak kitöltött és aláírt nyilatkozat leadása esetén áll módunkban elvégezni! Kérjük, hogy a műtét napján a megbeszélte időpontban és megbeszélte helyen jelentkezzen a Mohácsi Kórházban !

NYILATKOZAT

Alulírott nyilatkozom, hogy életkörülményem a Mohácsi Kórház Egynapos Sebészete felvételrendszerének

MEGFELELNEK,

NEM FELELNEK MEG

- Lakásomban, házamban van:
 - o Telefon
 - o Fürdőszoba
 - o Többszintes ház esetén lift
- Továbbá a következő feltételeknek eleget teszek:
- Az Intézmény a lakóhelyemtől számítva, az átlagos forgalmat figyelembe véve személygépkocsival 30 percen belül elérhető (Vidéki betegnek a műtétet követően intézmény közeli szállással kell rendelkeznie !)
- Műtét után csak az osztály felügyelő szakorvosa engedélyével mehetek haza, helyi érzéstelenítés esetén legalább két óra eltelte után, altatás esetén legalább hat óra eltelte után.
- Hozzá tartozóm a fenti időpontok figyelembe vételével pontosan jön értem.
- Tudomásul veszem, hogy a részleg nem tud mentőt rendelni. Műtét után nem mehetek haza egyedül, csak a már előzőleg kijelölt hozzátartozómmal és csak személygépkocsival. A műtét napján semmilyen járművet nem vezethetek.
- Kommunikációs probléma esetén (pl. idegen nyelvűség) állandó tolmácsot tudok biztosítani.
- Műtét után, otthon 48 órányi felügyeletem biztosított (hozzátartozó, rokon stb.)

Legközelebbi hozzátartozóm, akinek információ kiadható:

Hazaszállításomról gondoskodó személy:

Otthoni felügyeletet vállaló személy:

Nyilatkozom, hogy a Betegtájékoztatót elolvastam, tudomásul vettem, az abban foglaltakat elfogadom, az előírásokat betartom.

beteg aláírása

Dátum: 2019.

"EGYNAPOS SEBÉSZET" - BETEGELBOCSÁTÁSI VIZSGÁLAT

Módosított pontrendszer az érzéstelenítés utáni elbocsáthatóság felmérésére (MPADSS)

1. Vitális jelek:

- 1.1. a változás a műtét előtti érték 0 % - 3
- 1.2. a változás a műtét előtti érték 20% - án belül - 2
- 1.3. a műtét előtti érték 20 - 40 % - a - 1
- 1.4. a műtét előtti érték 40%-a vagy több - 0

2. Járóképesség:

- 2.1. járóképes, nem szédül - 2
- 2.2. segítséggel járóképes - 1
- 2.3. járásképtelen, szédül - 0

3. Hányinger / hányás:

- 3.1. nincs - 3
- 3.2. enyhe - 2
- 3.3. mérsékelt - 1
- 3.4. kifejezett - 0

4. Fájdalom:

- 4.1. nincs - 3
- 4.2. enyhe - 2
- 4.3. mérsékelt - 1
- 4.4. erős - 0

5. Sebészi vérzés:

5.1. nincs - 3

5.2. enyhe - 2

5.3. mérsékelt - 1

5.4. erős - 0

Maximális pontszám: 14

Pont ≥ 10 : a beteg otthonába bocsátható

Javaslat:

otthonába bocsátható: nem bocsátható otthonába

Dátum: 2019.

.....
beteg

.....
hazaszállító személy aláírása

.....
sebész aláírása

.....
anaesthesiológus orvos aláírása