

Műtéti beleegyező nyilatkozat

Név:.....

Születési idő:.....

TAJ szám:.....

Lakcím:.....

Beleegyezem abba, hogy a Komlói Kórház Bőrgyógyászati Szakrendelésen, az ott rendelő Bőrgyógyász szakorvos rajtam kis-sebészeti beavatkozást, ill. diathermiás kezelést végezzen.

A vizsgáló orvos betegségemről, betegségem természetének lehetséges okairól szóban felvilágosított.

Tudomásul veszem, hogy minden beavatkozás kockázattal, ill. szövődménnyel járhat; a lehetséges szövődményekről és ennek gyakoriságáról tájékoztattak.

Az orvost egyéb betegségeimről, esetleges gyógyszerérzékenységről, véralvadás-gátló szedéséről, heggedéssel gyógyuló korábbi sebekről, esetleges pacemakerről tájékoztatom.

A beavatkozás menetéről tájékoztattak:

- Bőrfelület fertőtlenítése, szükség esetén helyi érzéstelenítés inj. Lidocainnal,
- **az elváltozás roncsolása elektromos tűvel**
vagy
- **az elváltozás kiemelése Volkmann kanállal.**

- **vagy az elváltozás Kryo- terápiával** (a megfelelő aláhúzendó)

- szükség esetén vérzéscsillapítás, seb fedése steril kötéssel.

Az orvos, sebkezelésre vonatkozó utasítását betartom, az előírt kontroll vizsgálaton megjelenek; ezek be nem tartása, ill. elmulasztása esetén a fellépő szövődményért az orvost felelősség nem terheli.

A beavatkozás elutasításának lehetséges következményeiről felvilágosítottak.

A fentieket elolvastam, megértettem, és ezt tanú jelenlétében aláírással igazolom.

.....
aláírás (beteg, vagy törvényes képviselő)

.....
tanú

P.H.

Dátum:

.....
orvos aláírása, pecsét

Bőr-, és Nemibeteg Szakrendelés és Gondozás
Tel.: 72-582-340