

	TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT PCL	EHB 7-09/00-43 Változat: 1 Hatálybalépés: 2023-04-28

Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház
Tagkórház megnevezése:
Tagkórház címe:

OSZTALY NEVE: NEAK KÓD:
Osztályvezető főorvos:

Beteg neve: Születési név: Születési hely, idő: Lakcím:	TAJ szám: Anyja neve:
--	--

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképes kiskorú, illetve a cselekvőképességében bármely ügycsoport tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a törvényes képviselő adatai (név, szül. idő, anyja, lakcím) és a korlátozás alá eső ügycsoport megjelölése:

.....

Rokonsági foka:

☐ a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában ☐ b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes ☐ ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában ☐ bb) gyermeke, ennek hiányában ☐ bc) szülője, ennek hiányában ☐ bd) testvére, ennek hiányában ☐ be) nagyszülője, ennek hiányában ☐ bf) unokája	☐ c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes ☐ ca) gyermeke, ennek hiányában ☐ cb) szülője, ennek hiányában ☐ cc) testvére, ennek hiányában ☐ cd) nagyszülője, ennek hiányában ☐ cc) unokája
---	--

Ha az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van, tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során igényli- e támogatója jelenlétét?	Igen / nem ¹
Ha igen:	
Támogató neve:	
Címe:	
Telefonszáma:	

- 1./ A betegség megnevezése, fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):** Vesekövesség

- 2./ Javasolt beavatkozás (műtét) megnevezése (magyarul, esetleg latinul):**
 /Szükség esetén kiegészítő melléklet, melynek meglétét, bizonylati számát itt jelölni kell!
PCL: Percutan lithotripsia, litholapaxia (a vese üregrendszerében levő kő vagy kövek műszeres eltávolítása egyben, vagy zúzást követően darabokban, bőrön ejtett nyíláson keresztül)

- 3./ Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos neve:**

- 4./ A beavatkozás elvégzésének tervezett időpontja:**

¹ A megfelelő rész aláhúzendó.

5./ A beavatkozástól várható előny: a vese és/vagy a húgyvezeték kőmentesítése egy-két centiméter kicsiny behatolásból, vesekövesség szövődményeinek megelőzése. Az eljárás többször megismételhető.

Általános szövődmények, kockázatok: tüdőgyulladás, tüdő – vagy egyéb verőér elzáródása vérrög által, átmeneti veseelégtelenség, légembólia a beteg fektetéséből származó károsodások, műtétet követő bélrenyheség.

Vérzés, érsérülés, a hasi szervek (vastagbél, máj, lép, hashártya) sérülése, a húgyvezeték szakadása, későbbi ismételt szűkülete vagy teljes elzáródása, gyulladás a húgyúti szervekben és azok környezetében, mellkasi sérülés, sikertelen vagy részleges eredményű beavatkozás, folytatás nyílt műtéttel, tartós vizeletes ázás, húgycső – vagy hólyagsérülés, húgycsőszűkület, hashártyagyulladás, vesesérülés, szükség esetén vese eltávolítás

6. Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai:

Vese-, vesemedence-gyulladás, vesetályog, gennyes vizelet, láz, vérmérgezés (sepsis), vesegörcsök, húgyvérűség, hosszútávon a kő növekedésnek, további kőképződésnek és a veseállomány pusztulásának lehetősége, ami a vese műtéti eltávolítását teheti szükségessé.

7. Egyéb lehetséges gyógymódok, alternatív eljárások, módszerek:

Külső lökeshullámmal történő gépi közúzás (ESWL), nyílt műtét, húgycső felőli húgyvezeték-tükrözéses közúzás, kőeltávolítás; veseletávolítás, beavatkozás nélküli megfigyelés.

8. Az ellátás folyamata és várható kimenetele: 1-2 cm-es metszésből a bőrön és a veseállományon át a vese üregrendszerébe hatolunk egy speciális endoszkópos operációs eszközzel („vesetükrözés”), kőeltávolítás egyben, vagy közúzás után darabokban, a szakma szabályai szerint. A műtét után a vese üregrendszerében nefrosztómiás katétert hagyunk vissza néhány napig, amelyet eltávolítva a sipoly nagy valószínűséggel spontán záródik.

9./ A javasolt életmódról, további ellátásokról kezelőorvosomtól folyamatosan és a Zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.

A fenti és az általam feltett kérdésekre mind szóban, mind írásban számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.

Kellő idő és információ állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, beleegyezem-e a vizsgálatba. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozás visszautasítására, ezt saját kézírással írt és aláírt teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenségem esetén két tanú együttes jelenlétében megtett és azok aláírásával ellátott magánokiraton kell megtennem. Ez esetben a beavatkozás elmaradása miatti következményekért (különösen, de nem kizárólagosan a gyógyeredmény alakulásáért) azokat az orvosokat, akik által javasolt beavatkozást nem fogadtam el, felelősség nem terheli.

Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzésébe való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. Alapos ok nélküli visszavonás esetén azonban köteles vagyok az ezzel összefüggésben felmerült és indokolt költségeket megtéríteni.

Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom.

Kezelőorvosom kész engem állapotomról, illetve annak változásairól folyamatosan, megfelelően tájékoztatni.

A fentiek alapján minden megtevesztéstől, fenyegetéstől és kényszersztől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésemet adom a megnevezett egészségügyi beavatkozáshoz, és kérem, hogy azt rajtam végezzék el.

Dátum:

.....
kezelőorvos aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....

.....

tanú (név, lakcím)

tanú (név, lakcím)

Ha a betegnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van és tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során támogatója jelenlétét igényelte, a jelen lévő támogató aláírása:

.....

támogató aláírása

Beavatkozás visszautasítása

A kezelőorvos által tervezett és megajánlott beavatkozás elvégzésébe felelősségem teljes tudatában nem egyezem bele. (a nyilatkozat teljes szövegének kézírással történő megismétlése és aláírása szükséges vagy írásképtelenség esetén együttesen jelenlévő 2 tanú aláírása):

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

Figyelmeztetés!

A beavatkozás visszautasításának joga nem gyakorolható, amennyiben a beavatkozás elmaradása mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné. Cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképés kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén **nem utasítható vissza** az olyan ellátás, amelynek elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be. Amennyiben cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképés kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a betegség természetes lefolyását lehetővé tévő életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására kerül sor, a Kórház keresetet indít a beleegyezés bíróság általi pótlása iránt. A kezelőorvos a bíróság jogerős határozatának meghozataláig köteles a beteg egészségi állapota által indokolt ellátások megtételére, amelyhez szükség esetén rendőrhatalóság közreműködését is igénybe veheti. Közvetlen életveszély esetén a szükséges beavatkozások elvégzéséhez bírósági nyilatkozatpótlásra nincs szükség.

Dátum:

.....

kezelőorvos aláírása

.....

beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt²:

.....

tanú (név, lakcím)

.....

tanú (név, lakcím)

Ha a betegnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van és tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során támogatója jelenlétét igényelte, a jelen lévő támogató aláírása:

.....

támogató aláírása

Tájékoztatásról való lemondás

² Ezen nyilatkozat érvényességének feltétele, hogy a beteg két tanú jelenlétében írja alá a nyilatkozatot, vagy aláírását két tanú jelenlétében saját kezű aláírásának ismerje el, vagy a beteg írásképtelensége esetén a nyilatkozatot szóban két tanú előtt tegye meg.

Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Helyettem tájékoztassák:

Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézírásával megismételten leírva, aláírva, vagy írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében és azok aláírásával ellátott teljes bizonyítóerejű magánokiraton erősítse meg!

.....
.....

Figyelem! Az Eütv. 14. § (1) bekezdése alapján a cselekvőképes beteg nem mondhat le a tájékoztatásról, amennyiben betegsége természetét ismernie kell ahhoz, hogy mások egészségét ne veszélyeztesse!

Dátum:

.....
kezelőorvos aláírása

.....
beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....
tanú (név, lakcím)

.....
tanú (név, lakcím)

Beleegyezés-, illetve visszautasítás jog gyakorlására jogosult személy kijelölése

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény [Eütv.] 16. § (1) bekezdés a) pontja alapján az alábbi cselekvőképes személyt jelölöm meg, hogy helyettem a beleegyezés-, vagy visszautasítás jogát gyakorolja:

Név:	
Lakcím:	
Telefonszám:	

Az Eütv. 16. § (1) bekezdés b) pontja alapján a beleegyezés-, vagy visszautasítás jogának helyettem történő gyakorlásából, illetve a betegségről történő tájékoztatásból – az Eütv. 16. § (2) bekezdésben meghatározott személyek közül – az alábbi személyeket zárom ki (neve és rokonsági foka megjelölésével):

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

Dátum:

.....
beteg aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt³:

.....
tanú (név, lakcím)

.....
tanú (név, lakcím)

A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!

Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház
4400 Nyíregyháza, Szent István u. 68. Tel: 42/599-700

³ Ezen nyilatkozat érvényességének feltétele, hogy a beteg két tanú jelenlétében írja alá a nyilatkozatot, vagy aláírását két tanú jelenlétében saját kezű aláírásának ismerje el, vagy a beteg írásképtelensége esetén a nyilatkozatot szóban két tanú előtt tegye meg.