

|                                                                                   |                                                                                                                                     |                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
|  | <b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b><br><b>Polypethmoidectomy, FESS, Seiffet féle arcüreg műtét</b><br><b>Sphenoidectomy</b> | <b>EHB 7-09/00-43</b><br>Változat: 1<br>Hatálybalépés:<br>2023-04-28 |
|                                                                                   |                                                                                                                                     |                                                                      |

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

OSZTALY NEVE: NEAK KÓD:  
 Osztályvezető főorvos:

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

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:

|                                                                              |                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában   | <input type="checkbox"/> c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a |
| <input type="checkbox"/> b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes | beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes                            |
| <input type="checkbox"/> ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában      | <input type="checkbox"/> ca) gyermeke, ennek hiányában                        |
| <input type="checkbox"/> bb) gyermeke, ennek hiányában                       | <input type="checkbox"/> cb) szülője, ennek hiányában                         |
| <input type="checkbox"/> bc) szülője, ennek hiányában                        | <input type="checkbox"/> cc) testvére, ennek hiányában                        |
| <input type="checkbox"/> bd) testvére, ennek hiányában                       | <input type="checkbox"/> cd) nagyszülője, ennek hiányában                     |
| <input type="checkbox"/> be) nagyszülője, ennek hiányában                    | <input type="checkbox"/> cc) unokája                                          |
| <input type="checkbox"/> bf) 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 <sup>1</sup> |
| <b>Ha igen:</b>                                                                                                                                                                                                                           |                         |
| Támogató neve:                                                                                                                                                                                                                            | .....                   |
| Címe:                                                                                                                                                                                                                                     | .....                   |
| Telefonszáma:                                                                                                                                                                                                                             | .....                   |

- Betegség megnevezése** fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul): Idült arcüreggyulladás, orrpolyp, arcüregi poly
- Beavatkozás megnevezése** (magyarul, esetleg latinul): Polypethmoidectomy, funkcionális endoscopos arcüreg műtét (FESS), endoscopos arcüreg műtét, az arcüreg középső (medialis) falán végzett csontablakon keresztül (Seiffet féle arcüreg műtét).
- Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:**
- Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:**
- Javasolt beavatkozás előnye és kockázatai:**  
 Vérzés, felső fogak érzékenysége, sérülése. Orrnyálkahártya sorvadása, pörkösödés. Heges összenövések az orrüregben. Szemüregi bevérzés, duzzanat. Fertőzés esetén szemüregi lágyrészek tályogja. Szemizom sérülés,

<sup>1</sup> A megfelelő rész aláhúzandó.

látászavar, kettős látás, a látóideg sérülése, koponyaalap sérülése, átlukadása, agyvízfolyás az orron át (liquorrhea), agyhártyagyulladás (meningitis). Agytályog, szaglászavar, szagérzékelés teljes kiesése (anosmia), vérmérgezés (sepsis). Gyógyszer túlérzékenység. Polyp kiújulás lehetősége.

- általános tájékoztatás betegre szóló kiegészítése:
- személyre szabott kockázatok:

**6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:** Alapbetegségek fellángolása, orrlégzési gátoltság fokozódása a polypok növekedésével, fejfájásos panaszok, halláscsökkenés, szaglás elvesztése, szem és agyi szövődmények.

**7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:** Antibiotikus terápia, gyulladáscsökkentők, orrcseppek, fizikoterápia.

#### **8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:**

A műtétek történhetnek helyi érzéstelenítésben és altatásban.

- Polyp- ethmoidectomy: a rostaüreg rendszerből kialakuló orrpolypok eltávolítása.
- FESS műtét: a rostaüreg rendszer közös üreggé történő nyitása a processus uncinatus elvételével, az arcüreg természetes kivezető nyílásának feltágítása, illetve a homloküreg kivezető nyílása az orrüreg felé (ductus frontalis) feltágítása.
- Op. Seifert vagy Op. Lothrop: az arcüregi elváltozások eltávolítása az alsó orrkagyló területén végzett csontablak készítésével.
- Sphenoidectomy: az íkőből (sinus sphenoidalis) elülső falának elvétele az üregrendszerben lévő kóros elváltozás eltávolítása.

Műtét után réteges orrtamponálás, sz.e. antibiotikum. Tampon eltávolítása várhatóan 2 nap múlva.

#### **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 megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől 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 előtt<sup>2</sup>:

.....  
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

**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!

---

<sup>2</sup> 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.

.....  
.....  
**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 betegségemről 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 előtt<sup>3</sup>:

.....  
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

<sup>3</sup> 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.