



# TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

EHB 7-09/00-43

Változat: 1  
Hatálybalépés:  
2023-04-28

## Appendectomia

Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház

Tagkórház megnevezése:

Tagkórház címe:

OSZTALY NEVE:

Osztályvezető főorvos:

NEAK KÓD:

**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

ce) 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>

**Ha igen:**

Támogató neve:

Címe:

Telefonszáma:

**1./ Betegség megnevezése** fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul): Heveny feregnyúlvány gyulladás.

Vakbélgyulladásról beszélünk a vakbélben elhelyezkedő csökevényes nyúlvány, a feregnyúlvány gyulladása esetén.

**2./ Beavatkozás megnevezése** (magyarul, esetleg latinul): Feregnyúlvány eltávolítása kis hasi metszéssel keresztül.

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

**4./ Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:**

**5./ Javasolt beavatkozás előnye és kockázata:**

**Előnye:** A vakbél gyulladása esetén fenyegető következmény a perforatio ebben az esetben hashártyagyulladás, ill. hasi tályog alakulhat ki, ennek megelőzése céljából mielőbb célszerű eltávolítania

<sup>1</sup> A megfelelő rész aláhúzendó!

féregnyúlványt. Amennyiben az átfürödés már bekövetkezett, ill. hasi tályog vagy hashártyagyulladás felmerül s alakult ki, a hasüreg kimosásával csökkenthető a további szövődmények lehetősége.

**Kockázatok:** A műtét korai szövődménye lehet a féregnyúlvány csonk lekötésének elégtelensége, hasüregi gyulladás, ill. sipoly kialakulásával, utóvérzés, mely esetén ismételt hasi feltárássra lehet szükség. Vakbélműtét után az eltávolított vakbél helyén nagyon ritkán kialakulhat tályog, ill. hashártyagyulladás, melyek ismételt műtétet tesznek szükségessé. Napokkal a műtét után előfordulhat a hasi seb gyulladása, ill. váladékozása, mely esetben szükség lehet néhány varrateltávolítására, ill. rendszeres naponta végzett kötéscserékre, így a kórházi tartózkodás napokkal meghosszabbodhat.

Hosszú távú ritka szövődmény a műtėti hegben kialakult hasfali sérv.

Minden műtėti beavatkozás után megnő a vérrög képződés esélye (thrombosis, embolia), melyet bőr alá adott kis molekulásúlyú Heparin adásával csökkentünk.

- általános tájékoztatás betegre szóló kiegészítése:

- személyre szabott kockázatok:

#### **6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:**

Amennyiben féregnyúlvány (vakbél) gyulladás esetén nem történik műtėti beavatkozás, néhány óra vagy 1-2 nap elteltével a gyulladt terület perforatioja következhet be, következményes tályog vagy hashártyagyulladás alakulhat ki. Ez utóbbi életveszélyes állapothoz vezethet.

**7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:** Bizonyos esetekben a műtét laparoscoposan is elvégezhető.

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

A műtétet altatásban végezzük, az esetek nagy részében a jobb alhas területén kis ferde metszésből (5-8 cm), de amennyiben már lezajlott perforatio, hashártyagyulladás, vagy hasi tályog lehetősége felmerül, nagyobb méretű metszésre van szükség, melyet ejthetünk haránt irányban a jobb hasfélen vagy hosszanti irányban, a has középvonalában. A metszés típusáról a vizsgálati eredmények, tapintási lelet, ill. a panaszok kezdete óta eltelt idő függvényében döntünk. Műtét során a gyulladt féregnyúlványt eltávolítjuk, amennyiben gyulladással járó izmód, folyadék vagy a környezetében abból tenyésztési célból mintát veszünk, ill. a műtėti területet kimossuk. Előrehaladott gyulladás esetén szükség lehet kis műanyag cső visszahagyására a hasban, melyet néhány nap elteltével eltávolítunk. Ha a féregnyúlvány gyulladást tályog vagy hashártyagyulladás kíséri, néhány napos antibioticus kezelést alkalmazunk. Kórházban tartózkodás ideje az állapotjavulás függvénye, általában 3-10 nap.

#### **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 cselekvőképes 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 cselekvőképes 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

---

<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.

**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 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.