

|                                                                                   |                                                                                              |                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
|  | <b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT</b><br><b>Bélelzáródás miatt végzett hasi műtét</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:*

|                                                                                              |                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Beteg neve:</b><br><b>Születési név:</b><br><b>Születési hely, idő:</b><br><b>Lakcím:</b> | <b>TAJ szám:</b><br><b>Anyja neve:</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|

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

- 1./ **Betegség megnevezése** fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul): Bélelzáródás (vékonybélben, vagy vastagbélben elhelyezkedő folyamat).
- 2./ **Beavatkozás megnevezése** (magyarul, esetleg latinul): Hasi feltáró műtét, a talált lelettől függő ellátás, műtéti beavatkozás.
- 3./ **Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:**
- 4./ **Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:**
- 5./ **Javasolt beavatkozás előnye és kockázatai:**

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

**Előnye:** Kialakult bélelzáródás esetén műtéti úton szüntetjük meg a bélelzáródást, ez által lehetővé tesszük, hogy a béltartalom a belekben tovább tudjon haladni, vagy hasfali vendégnyíláson át kiürülni.

**Kockázata:** Közvetlenül műtét után előfordulhat hasúri vérzés, ez esetben ismételt sürgős műtetre lehet szükség. Amennyiben műtét során bélvarrat készül, ritkán előfordulhat varratelégtelenség, következményes hashártyagyulladás vagy tályogképződéssel, mely szintén ismételt műtétet tesz szükségessé, ilyenkor előfordulhat, hogy hasfali vendégnyílást kell készíteni az újabb műtét során.

Néhány nap elteltével ritkán hasfali sebszétválással kell számolni, melyre a hasfal újravarrása jelenti a megoldást.

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

- általános tájékoztatás betegre szóló kiegészítése:

- személyre szabott kockázatok:

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

Bélelzáródás esetén amennyiben műtét nem történik, a kóros állapot fennmarad, ill. további szövődeményekkel kell számolni. Legsúlyosabb szövődemények a bél átfürödése, ill. bélhalál, következményes hashártyagyulladással. Ezek kialakulása életveszélyes állapotot idéznek elő.

**7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:** Kialakult bélelzáródás esetén csak hasi feltáró műtét jön szóba, a kórkép megoldása más módszerrel nem lehetséges.

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

A műtétet altatásban végezzük, leggyakrabban a has középvonalában ejtett metszést alkalmazunk, szükség lehet a has megnyitására a középvonal teljes hosszában. Amennyiben a bélelzáródást a belek közötti összenövések okozzák, az összenövések oldásával szüntetjük meg a kóros állapotot. Ha egy adott bélszakaszon elhelyezkedő akadály csak a bélszakasz eltávolításával szüntethető meg, akkor az érintett bélszakaszt eltávolítjuk, és a bélvégeket összevarrjuk. Bélelhalás esetén az elhalt bélszakaszt eltávolítjuk. A vastagbél bal oldali felén végezett műtétek során az esetek nagy részében bél varrat nem készíthető, ezért szükség lehet hasi vendégnyílás (colostoma) készítésére. Műtét után a folyadékfogyasztást, ill. a táplálkozást fokozatosan lehet elkezdni. A kórházi tartózkodási idő az állapotjavulástól függ, több hét is lehet.

#### **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 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

---

<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.

## 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!

.....  
**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.

