

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Az Egynapos sebészeti ellátás fő célja, hogy a modern műtéti technikával és személyre szabott szakápolással 24 óránál rövidebb ideig tartózkodjanak a betegek az egészségügyi intézményben, majd hazatérve otthonukba, saját környezetükbe, hozzátartozóik körében nyerjék vissza teljes egészségüket.

I. Az egynapos ellátás feltételei:

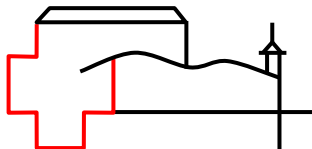
- 1.) Az egynapos sebészeti ellátás keretében műtét akkor végezhető, ha a beteg:
 - a.) általános állapota jó, legfeljebb olyan rendszerbetegsége van funkcionális kiesés nélkül, amely miatt nem igényli a műtét utáni szoros megfigyelést, és;
 - b.) várhatóan a műtét alatti vérvesztése miatt vérátömlesztést nem igényel, és a műtét utáni fájdalma várhatóan minimális lesz;
 - c.) felnőtt esetében önellátó, vagy otthoni gondozása biztosított.
 - 2.) Az egynapos sebészeti ellátás igénybevételét megelőzően a betegnek nyilatkoznia kell arról, hogy
 - a.) lakás és higiénés körülményei megfelelőek;
 - b.) tartózkodási helyétől az ellátó egészségügyi intézmény személygépkocsival - átlagos forgalmat figyelembe véve- 30 perc alatt elérhető;
 - c.) tartózkodási helyén telefon biztosított;
 - d.) hazaszállításakor és tartózkodási helyén a műtétet követő éjszakán részére a felügyelet, valamint szükség esetén a megfelelő egészségügyi ellátáshoz jutás lehetősége biztosított.
 - 3.) A műtétet követően a beteg nem távozhat egyedül az intézményből, nem vezethet személygépkocsit, nem mehet mentővel, tömegközlekedéssel. A beteg csak kísérelvel és személygépkocsival vagy taxival távozhat.
- II. A tervezett beavatkozás előtt a beteg a szakmailag szükséges kivizsgálásokon esik át (szakorvosi vizsgálat, labor, EKG, stb), melyet az altatórrossal történő konzultáció követ.

1.) A műtéti beavatkozás

A tervezett műtét, beavatkozás megnevezése:

.....
.....

2.) A műtéti beavatkozás esetleges kockázatait és szövődményeit:



3.) A műtét után a beavatkozás jellegétől és a beteg állapotától függően meghatározott idejű műtét utáni megfigyelés következik, melynek minimális időtartama helyi érzéstelenítés esetén 2, altatás esetén 4 óra.

III.) A beteg beleegyezése

1.) Alulírott.....; születési hely, idő;
anyja neve.....; lakcím.....

kijelentem, hogy a fenti műtét eljárást kezelő orvosom teljes mértékben elmagyarázta nekem. Választ kaptam minden olyan kérdésemre, amelyeket fontosnak tartottam a javasolt eljárások természetével és céljával, valamint az azokkal kapcsolatos kockázatokkal és lehetséges szövődményekkel kapcsolatban.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a javasolt műtét eljárást esetemben elvégezzék, továbbá beleegyezem abba is, hogy kezelő orvosom további olyan eljárást vagy kezelést is elvégezzen, amely szükségessé válhat annak ellenére, hogy az nem volt előre látható.

2.) Tudomásul veszem, hogy kezelő orvosomat, illetve az ellátó egészségügyi intézményt tájékoztatni vagyok köteles az alábbiakról:

- a.) esetleges vérképzőszervi betegség, túlzott vérzékenység fennállása;
- b.) vérhígító gyógyszer szedése;
- c.) allergia gyógyszerekre, jódra, ragtapaszra, helyi érzéstelenítőkre stb.,
- d.) esetleges terhesség fennállása;
- e.)

3.) Hozzájárulok ahhoz, hogy az alábbiakban megnevezett hozzátartozóimat kezelő orvosom teljes körűen tájékoztassa:

név:..... név:.....

telefonszám:..... telefonszám:.....

.....

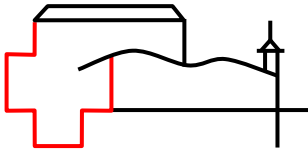
beteg

.....

kezelő orvos

p.h.

4.) Kijelentem, hogy a jelen beteg tájékoztató 1/2. pontjában megjelölt feltételek biztosítását vállalom.



SIKLÓSI KÓRHÁZ NONPROFIT KFT

5.) Kijelentem, hogy a műtéti érzéstelenítéssel kapcsolatos betegájékoztatót külön dokumentáción megismertem, hozzájáruló nyilatkozatomat megadtam.

6.) Kijelentem, hogy a kórház házirendjét megismertem, azt elfogadom. Kijelentem továbbá, hogy a fenti nyilatkozataim akaratommal mindenben megegyeznek, a Siklói Kórházba történő felvételemhez és a műtét elvégzéséhez hozzájárulok, ezt aláírásommal megerősítem.

Siklós, évhónapnap

.....

beteg

.....

kezelőorvos

p.h.