

Abrasio

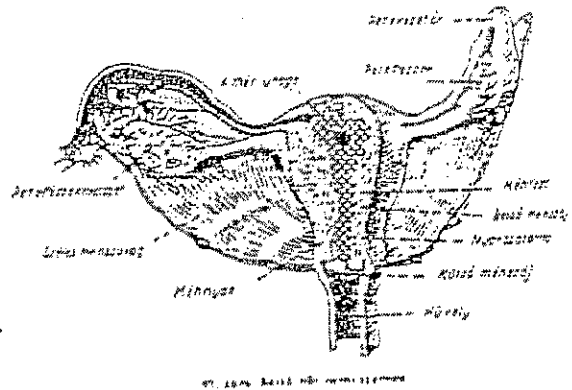
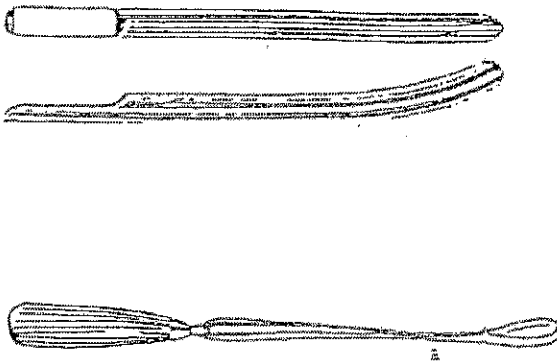
NB - ELU 409 A
DOK. 3.6

Név: _____

T.A.U: _____

Önnél diagnózis miatt méhkaparást tervezünk. A műtét rövid, vérszívó altatásban történik, amelynek során a nyakcsatorna és a méh nyálkahártyáját éles eszközzel lekaparjuk. Az így nyert anyagot szövettani vizsgálatra küldjük.

A műtét során a nyakcsatorna és a méh fala sérülhet, ártózkodhat, és ez a szomszédos szervek sérülésével járhat.



Kérem, hogy a műtétet Dr. _____ végezze el.

Elismerem, hogy döntésem megkönnyítésére személyesen megfelelően tájékozottak, és lehetőséget kaptam írásos, illetve rajzos ismerető tanulmányozására is.

Ismerteték velem a beavatkozást indokló betegséget, illetve kóros állapotot, a betegség veszélyeit a kezelés esetleges egyéb lehetőségeit, a tervezett beavatkozás módját, annak várható hatásait és következményeit, lehetséges szövődményeit, a szükséges vizsgálatokat, az esetleg szükségessé váló járulékos, beavatkozásokat a gyógyulás kilitásait, valamint azt, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.

Megértemem és tudomásul vevem azt is, hogy kivizsgálásom és kezeléseim során tanuló nővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

A kapott felvilágosítást elegendőnek találtam, további felvilágosítást nem kérek. Tudomásul veszem, hogy az orvosi beavatkozásra vonatkozólag teljes körű/vagyis a legapróbb részletekre is kiterjedő tájékoztatás nem várható el, mivel a Legfelsőbb Bíróság közlése szerinti döntésében sem követelte meg az 5%-nál kisebb előfordulási arányú kockázatokra vonatkozóan. Így elfogadom, hogy tájékoztatásom az ilyen ritkán előforduló kockázatokra nem terjed ki, és beletegyeztetem mindezek tudatában adom meg.

Hozzájártozóm tájékoztatásáról a következőkkel rendeltem:

• Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körben tájékoztatták:	
• Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztatták:	
• Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről kérésükre se tájékoztatták:	

Kapuvár,

A beteg, vagy képviselőjének aláírása

Orvos: _____

Tanúk: _____

Ab. artef.

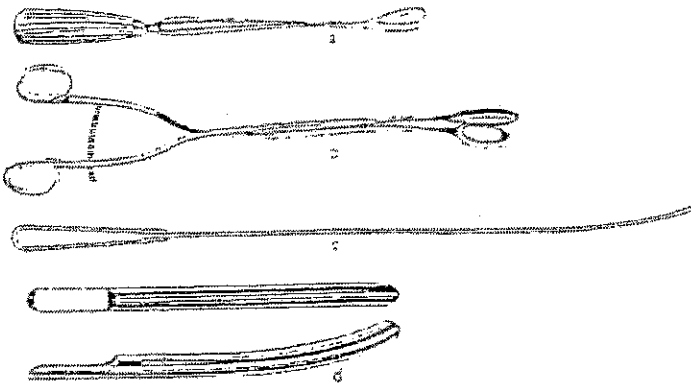
MB - ELU 499 A
DOK 37

Név _____

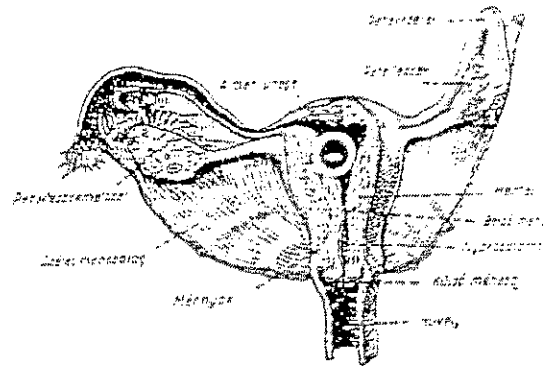
TAJ _____

Önnel _____ diagnosztikai miatt terhesség-megszakítást tervezünk. A műtét rövid, véna-alkatásban történik, amelynek során a nyakosatórna előzetes vagy műtét közbeni tájékozása után, a terhességet eleszközzel, vagy ún. vacuum készülékkel eltávolítjuk.

A műtét során a nyakosatórna és a méh fala sérülhet, átfürödhet, és ez a szomszédos szervek sérülésével járhat, emiatt - az Ön felébresztése nélkül - hasi műtétet kényszerülünk végezni. (laparasztop, hasmetszés)



111. ábra. A vetéles befejezéséhez szükséges műszerek: a) curette-kanalál, b) abortus-foga, c) méhszonda, d) Hysteroplasztika spatula



91. ábra. Belső női nemi szervek

Kérem, hogy a műtétet Dr. _____ végezze el.

Elismerem, hogy döntésem megkönnyítésére személyesen megfelelően tájékoztattak, és leherőséget kaptam írásos, illetve rajzos ismertető tanulmányozására is.

Ismertették velem a beavatkozást indokló betegséget, illetve kóros állapotot, a betegség veszélyeit a kezelés esetleges egyéni lehetőségeit, a tervezett beavatkozás módját, annak várható hatásait és következményeit, lehetséges szövődményeit, a szükséges vizsgálatokat az esetleg szükségessé váló járulékos beavatkozásokat a gyógyulás kilátásait, valamint azt, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.

Megértettem és tudomásul vettem azt is, hogy kivizsgálásom és kezelése során tanuló nővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

A kapott felvilágosítást elegendőnek találtam, további felvilágosítást nem kérek. Tudomásul veszem, hogy az orvosi beavatkozásra vonatkozólag teljes körű vagy is a legapróbb részleteire is kiterjedő tájékoztatás nem várható el, mivel a Legfelsőbb Bíróság közzétett eseti döntésében sem követelte meg az 5%-nál kisebb előfordulási arányú kockázatokra vonatkozóan. Így elfogadom, hogy tájékoztatásom az ilyen ritkán előforduló kockázatokra nem terjed ki, és beleegyezésemet mindezek tudatában adom meg.

Hozzájáróim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

- Az alábbi megnevezett hozzájáróimat betegségeimről teljes körűen tájékoztassák:
- Az alábbi megnevezett hozzájáróimat a betegségeimről az alattam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:
- Az alábbi néven hozzájáróimat a betegségeimről tájékoztassák:

Helyem _____

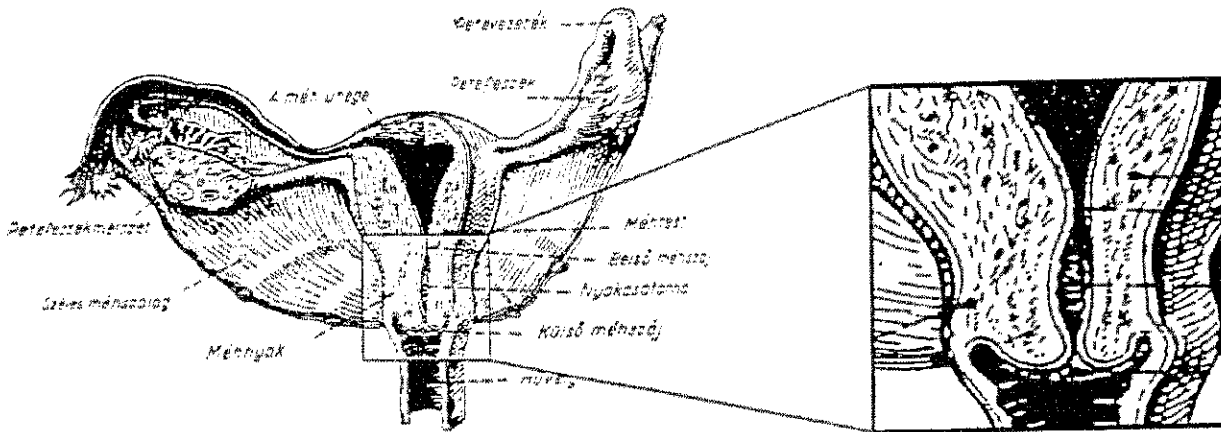
Conisatio

MB – ELU 409 A
DOK. 3/5

Név: _____

T.A.J: _____

Önnéldiagnózis miatt méhszájplasztikát tervezünk. A műtét rövid, vénás altatásban történik, amelynek során a méhnyakból szikével, vagy nagyfrekvenciás rádióhullámú készülékkel, kimetszést végzünk és a méh nyálkahártyáját éles eszközzel lekaparjuk. Az így nyert anyagokat szövettani vizsgálatra küldjük. A műtét során a nyakcsatorna és a méh fala sérülhet, átfűrődhet, és ez a szomszédos szervek sérülésével járhat. A műtét utáni fokozott vérzésveszély miatt, Önnek otthonában is kímélő életmódra, pihenésre van szüksége.



47 ábra Belső női nemi szervek

Kérem, hogy a műtétet Dr. _____ végezze el.

Elismerem, hogy döntésem megkönnyítésére személyesen megfelelően tájékoztattak, és lehetőséget kaptam írásos, illetve rajzos ismertető tanulmányozására is.

Ismertetek velem a beavatkozást indokló betegséget, illetve kóros állapotot, a betegség veszélyeit a kezelés esetleges egyéb lehetőségeit, a tervezett beavatkozás módját, annak várható hatását és következményeit lehetséges szövődményeit, a szükséges vizsgálatokat, az esetleg szükségessé váló járulékos, beavatkozásokat a gyógyulás kilátásait, valamint azt, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.

Megértettem és tudomásul vettem azt is, hogy kivizsgálásom és kezelésem során tanuló nővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

A kapott felvilágosítást elegendőnek találtam, további felvilágosítást nem kérek. Tudomásul veszem, hogy az orvosi beavatkozásra vonatkozólag teljes körű/vagyis a legapróbb részletekre is kiterjedő tájékoztatás nem várható el, mivel a Legfelsőbb Biróság közzétett eseti döntésében sem követelte meg az 5%-nál kisebb előfordulási arányú kockázatokra vonatkozóan. Így elfogadom, hogy tájékoztatásom az ilyen ritkán előforduló kockázatokra nem terjed ki, és beleegyezésemet mindezek tudatában adom meg.

Hozzájártozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

♦ Az alábbi megnevezett hozzájártozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:
♦ Az alábbi megnevezett hozzájártozóimat a betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:
♦ Az alábbi nevezett hozzájártozóimat a betegségemről keresükre se tájékoztassák:

Kapuvár,

Orvos: _____

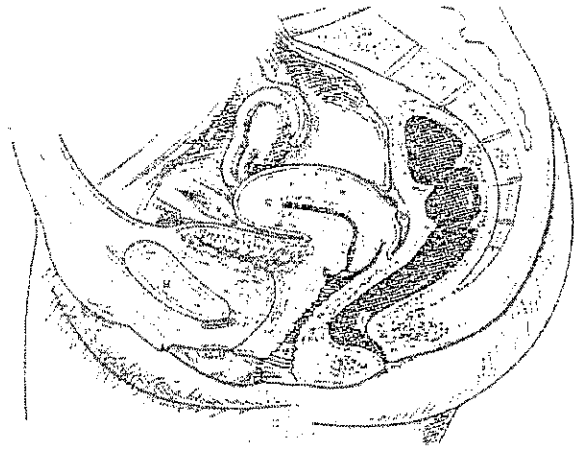
Tanúk: _____

A beteg, vagy képviselőjének aláírása: _____

Név: _____

T.A.J. [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Önnéldiagnózis miatt.....
műtétet tervezünk. A műtét az alatóorvossal megbeszélte altatási módban történik, amelynek során
.....
.....megtörténhet.



A. Uterus, B. petesejt termékek elhelyezkedése a kismedenceben
a. mártás ábrázolást rendel, b. hútszó ábrázolást rendel, c. Douglas-tülső rész, d. méhnyak, e. hüvely, f. végbél, g. szeméreműzék

Kérem, hogy a műtétet Dr. _____ végezze el.

Elismerem, hogy döntésem megkönnyítésére személyesen megfelelően tájékoztattak, és lehetőséget kaptam írásos, illetve rajzos ismertető tanulmányozására is.

Ismertetek velem a beavatkozást indokló betegséget, illetve kóros állapotot, a betegség veszélyeit a kezelés esetleges egyéb lehetőségeit, a tervezett beavatkozás módját, annak várható hatását és következményeit lehetséges szövődményeit, a szükséges vizsgálatokat, az esetleg szükségessé váló járulékos beavatkozásokat a gyógyulás kilátásait, valamint azt, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.

Megértettem és tudomásul vettem azt is, hogy kivizsgálásom és kezelése során tanuló nővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

A kapott felvilágosítást elegendőnek találtam, további felvilágosítást nem kérek. Tudomásul veszem, hogy az orvosi beavatkozásra vonatkozólag teljes körű/vagyis a legapróbb részletekre is kiterjedő tájékoztatás nem várható el, mivel a Legfelsőbb Bíróság közzétett eseti döntésében sem követelte meg az 5%-nál kisebb előfordulási arányú kockázatokra vonatkozóan. Így elfogadom, hogy tájékoztatásom az ilyen ritkán előforduló kockázatokra nem terjed ki, és beleegyezésemet mindezek tudatában adom meg.

Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket randlelem:

♦ Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:	
♦ Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről az általam megjelölt következő kockázatokkal tájékoztassák:	
♦ Az alábbi nevezett hozzátartozóimat a betegségemről kérésükre se tájékoztassák:	

Kapuvár, 2014

A beteg, vagy képviselőjének aláírása: _____

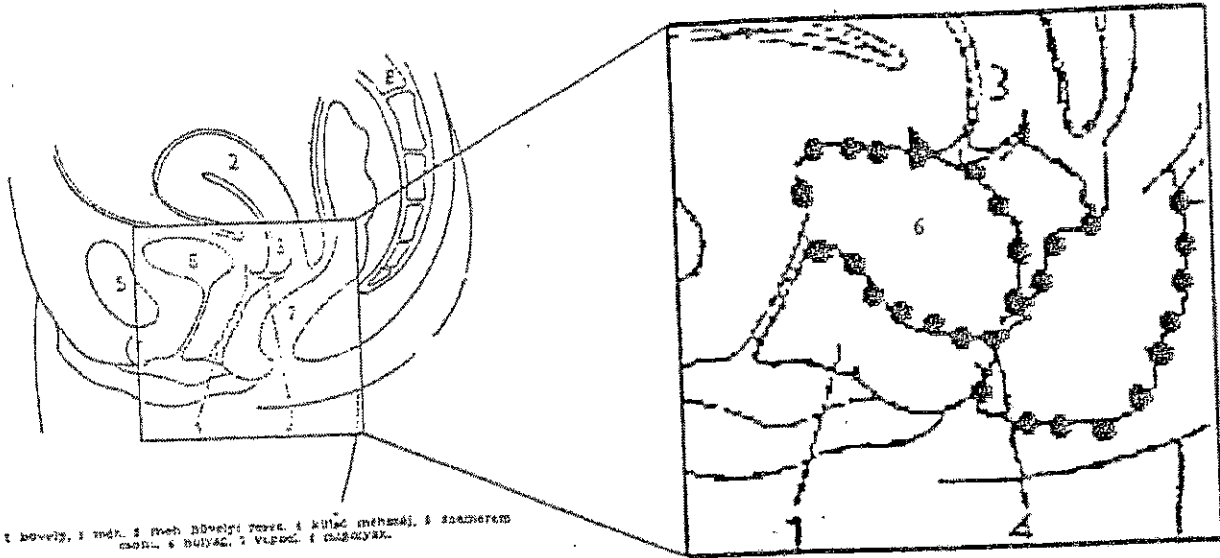
Orvos: _____

Tanúk: _____

év: _____

.A.J.: _____

Annéldiagnózis miatt mellső + hátsó hüvelyplasztikát tervezünk. A műtét az
hatóorvossal megbeszélte altatási módban történik, amelynek során a hüvely mellső ill. a hátsó falát megnyitjuk az elő-
toltosuló hólyagot és a végbelét a helyére tesszük és ott rögzítjük. A műtét során a hólyag vagy a végbél megsérülhet.
A műtét után a hólyagba állandó katétert helyezünk be és azt 5 napig benttarjtjuk.



Kérem, hogy a műtétet Dr. _____ végezze el.

Elismerem, hogy döntésem megkönnyítésére személyesen megfelelően tájékoztattam, és lehetőséget kaptam írásos, illetve rajzos ismertető tanulmányozására is.

Ismertették velem a beavatkozást indokló betegséget, illetve kóros állapotot, a betegség veszélyeit a kezelés esetleges egyéb lehetőségeit, a tervezett beavatkozás módját, annak várható hatását és következményeit lehetséges szövődményeit, a szükséges vizsgálatokat, az esetleg szükségessé váló járulékos beavatkozásokat a gyógyulás kilátásait, valamint azt, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.

Megértettem és tudomásul vettem azt is, hogy kivizsgálásom és kezelése során tanuló nővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

A kapott felvilágosítást elegendőnek találtam, további felvilágosítást nem kérek. Tudomásul veszem, hogy az orvosi beavatkozásra vonatkozólag teljes körű/vagyis a legapróbb részletekre is kiterjedő tájékoztatás nem várható el, mivel a Legfelsőbb Bíróság közzétett eseti döntésében sem követelte meg az 5%-nál kisebb előfordulási arányú kockázatokra vonatkozóan. Így elfogadom, hogy tájékoztatásom az ilyen ritkán előforduló kockázatokra nem terjed ki, és beleegyezésemet mindezek tudatában adom meg.

Hozzátartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

• Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:	
• Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:	
• Az alábbi nevezett hozzátartozóimat a betegségemről kérésükre se tájékoztassák:	

Kapuvár.

A beteg, vagy képviselőjének aláírása.

Orvos: _____

Tanuk: _____

A betegek műtéti előkészítése

Szükséges vizsgálatok: - labor. (vércsoport, ionok, vérkép, T. vizelet)
- EKG
- Mellkas rtg.
- Anaest. szakvizsgálat
- Receptek - thrombozis profilaxis /pl:Clexane inj./
- Családorvosnak a műtét időpontjáról jelzés.

Műtét előtti nap: - reggeli
- délben csak leves
- este csak folyadék

3x2 Espumisan

Délben: 2 dl Mira víz, vagy 2 evőkanál keserűsítő 1 dl vízben.

este: ha az orvos rendel antibiotikum tabl.

első Clexane inj. / ha az anaesth. szakorvos másként nem rendel!

Műtét napján: Éjféltől éhgyomor, beöntés, borotválás
Nappal: infusio, fájdalomcsillapítás, folyadék.

Műtét utáni első nap: reggel: 8.00 operáló orvos által sebellenőrzés, sebkötözés
8.00-tól 9.00-ig osztály elhagyása.
Csak folyadék
Clexane inj., antibiotikum folytatása.
Családorvosnál táppénzre való jelentkezés.

Műtét utáni második nap: Pépes koszt
Szilárd étel csak széklet után.

Műtét utáni 3-4. nap: gond, panasz esetén kérjük jelentkezzen operáló orvosánál!

Az utasításokat elolvastam, értelmeztem, maradéktalanul betartom gyógyulásom érdekében!

Tudomásul veszem, hogy műtét másnapján 8.00 és 9.00 óra között hozzátartozóm kíséretében hagyhatom el az osztályt, ezt aláírással hitelesítem.

Kapuvár,

.....
Beteg

Köszönjük, hogy problémájával megtisztelte Kórházunkat!

Kolpokleisis

MB – ELU 409 A
DOK. 3/12

Név: _____

T.A.J: _____

Önnéldiagnózis miatt hüvelyzáró műtétet tervezünk. A műtét az altatórrossal megbeszélt altatási módban történik, amelynek során a hüvely mellső ill. a hátsó falát a hólyagról és a végbélről elválasztjuk, majd a hüvelyt középvonalban zárjuk. A műtét során a hólyag vagy a végbél megsérülhet.



Kérem, hogy a műtétet Dr. _____ végezze el.

Elismerem, hogy döntésem megkönnyítésére személyesen megfelelően tájékoztattak, és lehetőséget kaptam írásos, illetve rajzos ismertető tanulmányozására is.

Ismertették velem a beavatkozást indokló betegséget, illetve kóros állapotot, a betegség veszélyeit a kezelés esetleges egyéb lehetőségeit, a tervezett beavatkozás módját, annak várható hatását és következményeit lehetséges szövődményeit, a szükséges vizsgálatokat, az esetleg szükségessé váló járulékos, beavatkozásokat a gyógyulás kilátásait, valamint azt, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.

Megértettem és tudomásul vettem azt is, hogy kivizsgálásom és kezelése során tanuló nővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

A kapott felvilágosítást elegendőnek találtam, további felvilágosítást nem kérek. Tudomásul veszem, hogy az orvosi beavatkozásra vonatkozólag teljes körű/vagyis a legapróbb részletekre is kiterjedő tájékoztatás nem várható el, mivel a Legfelsőbb Bíróság közzétett eseti döntésében sem követelte meg az 5%-nál kisebb előfordulási arányú kockázatokra vonatkozóan. Így elfogadom, hogy tájékoztatásom az ilyen ritkán előforduló kockázatokra nem terjed ki, és beleegyezésemet mindezek tudatában adom meg.

Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

◆ Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:	
◆ Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:	
◆ Az alábbi nevezett hozzátartozóimat a betegségemről kérésükre se tájékoztassák:	

Kapuvár,

A beteg, vagy képviselőjének aláírása:

Orvos: _____

Tanuk: _____

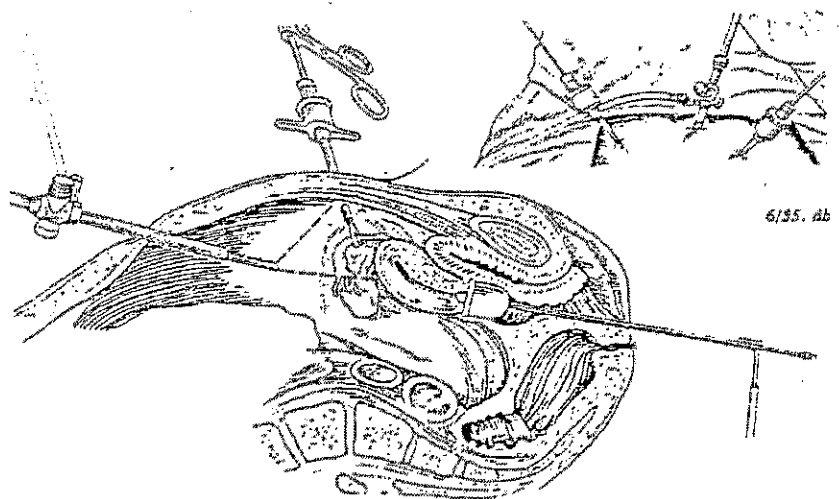
Laparoscop

MB – ELU 409 A
DOK. 3/10

Név: _____

T.A.J:

Önnéldiagnózis miatt laparaszko­pos műtétet tervezünk. A műtét az altatóorvossal megbeszél­ett altatási módban történik, amelynek során köldök alatti ejtett 1-2 cm-es metszé­sen keresztül a hasüregbe kame­rát vezetünk be; az alhas két oldalán bevezetett műszerekkel végezzük a műtétet. A kamera bevezetése éles eszközzel, vakon történik ezért a belek ill. a nagyerek sérülésével járhat. Sikeres műtétet követően Ön másnap elhagyhatja részle­günket, 5 nap múlva varratszedésre jelentkezzen.



Kérem, hogy a műtétet Dr. _____ végezze el.

Elismerem, hogy döntésem megkönnyítésére személyesen megfelelően tájékoztattak, és lehetőséget kaptam írásos, illetve rajzos ismertető tanulmányozására is.

Ismertették velem a beavatkozást indokló betegséget, illetve kóros állapotot, a betegség veszélyeit a kezelés esetleges egyéb lehetőségeit, a tervezett beavatkozás módját, annak várható hatását és következményeit lehetséges szövődményeit, a szükséges vizsgálatokat, az esetleg szükségessé váló járulékos, beavatkozásokat a gyógyulás kilátásait, valamint azt, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.

Megértettem és tudomásul vettem azt is, hogy kivizsgálásom és kezelésem során tanuló nővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

A kapott felvilágosítást elegendőnek találom, további felvilágosítást nem kérek. Tudomásul veszem, hogy az orvosi beavatkozásra vonatkozólag teljes körű/vagyis a legapróbb részletekre is kiterjedő tájékoztatás nem várható el, mivel a Legfelsőbb Bíróság közzétett eseti döntésében sem követelte meg az 5%-nál kisebb előfordulási arányú kockázatokra vonatkozóan. Így elfogadom, hogy tájékoztatásom az ilyen ritkán előforduló kockázatokra nem terjed ki, és beleegyezésemet mindezek tudatában adom meg.

Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

♦ Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:	
♦ Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:	
♦ Az alábbi nevezett hozzátartozóimat a betegségemről kérésükre se tájékoztassák:	

Kapuvár,

A beteg, vagy képviselőjének aláírása:

Orvos: _____

Tanuk: _____

Laparoscopos betegek műtéti előkészítése

- Szükséges vizsgálatok: - labor. (vércsoport, ionok, vérkép, T. vizelet)
- EKG
- Mellkas rtg.
- Anaest. szakvizsgálat
- Receptek - thrombozis profilaxis /pl:Clexane inj./
- Családorvosnak a műtét időpontjáról jelzés.

- Műtét előtti nap: - reggeli
- délben csak leves
- este csak folyadék

3x2 Espumisan

Délben: 2 dl Mira víz, vagy 2 evőkanál keserűsítő 1 dl vízben.

este: ha az orvos rendel antibiótikum tabl.

első Clexane inj. / ha az anaesth. szakorvos másként nem rendel/

- Műtét napján: Éjfél-től éhgyomor, beöntés, borotválás
Nappal: infusio, fájdalomcsillapítás, folyadék.

- Műtét utáni első nap: reggel: 8.00 operáló orvos által sebellenőrzés, sebkötözés
8.00-tól 9.00-ig osztály elhagyása.
Csak folyadék
Clexane inj., antibiotikum folytatása.
Családorvosnál táppénzre való jelentkezés.

- Műtét utáni második nap: Pépes koszt
Szilárd étel csak széklet után.

- Műtét utáni 3-4. nap: gond, panasz esetén kérjük jelentkezzen operáló orvosánál!

Az utasításokat elolvastam, értelmeztem, maradéktalanul betartom gyógyulásom érdekében!

Tudomásul veszem, hogy műtét másnapján 8.00 és 9.00 óra között hozzátartozóm kíséretében hagyhatom el az osztályt, ezt aláírással hitelesítem.

Kapuvár,

.....
Beteg

Köszönjük, hogy problémájával megtisztelte Kórházunkat!