



**BUDAPESTI PÉTERFY SÁNDOR UTCAI  
KÓRHÁZ-RENDELŐINTÉZET**

✉: 1076 BUDAPEST, PÉTERFY SÁNDOR UTCA 8-20

☎: 06-1-461-4700

@: PETERFY@PETERFYKH.HU



## Beleegyező nyilatkozat has csapoláshoz

Alulírott .....(név)..... (szül. idő)tanúsítom, hogy engem  
dr. ....felvilágosított az alábbiakról: ...

1. Tudomásul veszem, és elfogadom, hogy a betegségem további megfelelő kezeléséhez a hasi  
folyadék lebecsajtása szükséges.

2. Ezt a következőképpen végzik: az adott terület fertőtlenítése után érzéstelenítő szert kapok. Ezt követően  
steril körülmények között a műanyag katétert egy speciális szűrőtű segítségével bevezetik a hasüregbe.  
Ezen keresztül lehetővé válik a hasi folyadékgyülem leeresztése. A leeresztést követően a folyadékból  
vizsgálat történik, mely a további kezeléshez irányadó eredményekkel járhat. További előnyként várható a  
hasi folyadékgyülem által okozott feszülés megszűnése, ennek további jó következményeivel (pl. alsó  
végtagi vénák ürülése könnyebb, légzés könnyebb).

3. Szövődményként a legnagyobb gondosság ellenére is jelentkezhet a vérzés, hasi szerv sérülés.

Amennyiben a has csapolást elutasítom, úgy a beavatkozás elmaradásából származó esetleges  
következményekért a felelősséget vállalom.

Kérdéseimre részletes, érthető, kielégítő választ kaptam, tájékozott beleegyezésemhez kellő idő állt  
rendelkezésemre.

Szóbeli felvilágosítás és a fentiek figyelembevételével a has csapolásba

Beleegyezem \*

Nem egyezem bele\*

Kelt: Budapest.....

.....  
beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása  
(rokonsági fok: .....)

.....  
orvos aláírása

Tanúk:

1. Név: ..... 2.

Név: .....

Cím: .....

Cím: .....