

Urológiai-Sebészeti Osztály
osztályvezető főorvos: Buzogány István MD. PhD, Dr.habil
címzetes egyetemi docens
1076 Budapest Péterfy Sándor u. 8-20.
Tel: +361 4614700
Fax: +3614614767
Email: urologia.osztaly@peterfykh.hu
Mobil: +36-70-984 9202

DOKUMENTÁLT BETEGFELVILÁGOSÍTÁS ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

A PROSZTATA (DÜLMIRIGY) ROSSZINDULATÚ DAGANATÁNAK MŰTÉTI KEZELÉSE)

Diagnózis: A PROSZTATA (DÜLMIRIGY) ROSSZINDULATÚ DAGANATA

Tervezett beavatkozás:

- O** RADIKÁLIS RETROPUBICUS PROSZTATECTOMIA
- O** RADIKÁLIS LAPAROSZKÓPOS PROSZTATECTOMIA
- O** RADIKÁLIS PERINEÁLIS PROSZTATECTOMIA

Beavatkozás tervezett időpontja: 20 év hó nap

Beteg adatai:

Név:

Születési név:

Szül.hely:

Anyja neve:

TAJ:

Lakcím:

Kedves Betegünk,

Az Ön esetében a dülmirigy (proszтата) nem jóindulatú megbetegedése miatt tervezünk kezelést végezni. Normális körülmények között a gesztenye nagyságú prosztata a hátsó húgycsőszakaszt veszi körül a hólyagnyak és a húgycső záró izomzata között.

Különböző okok miatt a 35. életév körül a prosztatata növekedésnek indul. A növekedés az 50. életév körül már olyan kifejezett lehet, hogy a hátsó húgycsőszakaszt összenyomhatja, ezzel akadályozva a vizeletáramlást is. A prosztatata szövetében a kor előrehaladtával egyre növekvő valószínűséggel fordulnak elő nem jóindulatú szövetrészek, és ez külön tünetet nem okoz. A vérvétellel észlelhető PSA-szint emelkedés mellett, a prosztatata tapintási leletének változása hívja fel az orvos figyelmét erre a körülményre. Csak biopsziás mintavétellel bizonyítható a betegség jelenléte és kezdhető meg annak gyógyítása, korrekt szövettani eredmény hiányában nem végezhető műtéti beavatkozás, sugárkezelés, hormonterápia, vagy citosztatikus kezelés.

Az Ön esetében előzetes kivizsgálás során megtörtént prosztatata szövetmintavétel, aminek feldolgozása nem jóindulatú szövetrészt előfordulását bizonyította.

A rosszindulatú prosztatata daganat elsődleges terápiája, amennyiben a folyamat stádiuma, a beteg kora, egészségi, és általános állapota lehetővé teszi, a prosztatata műtéti úton történő radikális eltávolítása. A mennyiben nem jöhet szóba a radikális műtét, úgy egyéb kezelési formák közül választhat a kezelőorvos.

A folyamat rosszindulatú jellegéből adódóan a véráram, vagy a nyirokkeringés útján áttételeket képezhet egyéb szervekben, elsősorban a csontrendszerben, de megjelenhet a folyamat a regionális nyirokcsomókban, vagy távoli szervekben is. Ennek kizárását követően, amennyiben valamennyi feltételnek megfelel a beteg megtörténhet a prosztatata radikális eltávolítása.

A beavatkozás előtt orvosa megbeszéli Önnel a műtét szükségességét, kivitelezésének módját. Ahhoz, hogy a tervezett műtéthez beleegyezését tudja adni, szükséges az alábbiakban felsorolt esetleges szövődmények, nem kívánatos következmények ismerete. Ez a beteg-felvilágosítási lap orvosával történő megbeszélést segíti elő és a fontosabb pontok írásos dokumentációját szolgálja.

A fenti okok miatt javasoljuk Önnek a radikális prosztatata eltávolítás **műtéti megoldását**.

Milyen kezelési lehetőségek vannak?

A prosztatarák növekedése és továbbterjedése a következő beavatkozásokkal kezelhető:

- A prosztatata műtéti radikális eltávolítása
- Sugárkezelés
- Kemoterápia (citosztatikus kezelés)
- A férfi hormon (tesztoszteron) szint kasztrációs szintre történő csökkentése (maximális -MAB, vagy totális -TAB androgén blokádnak)

Az alkalmazható kezelési forma függ a prosztatadaganat méretétől, kiterjedésétől, a környezetéhez való viszonyától, és a távoli áttételek meglététől és elhelyezkedésétől, valamint a beteg korától és általános állapotától.

Az egyes kezelési formák előnyeit és hátrányait készséggel ismerteti Önnel kezelőorvosa. Az egyes felsorolt kezelési formák bizonyos esetekben kombinálhatók is egymással.

A szervre lokalizált prosztatarák kezelése (T1-2 N0 M0)

A lokalizált prosztatarák kezelésében elfogadott:

- a „wait and see”, várni és megfigyelni,
- a radikális prostatectomia,
- radioterápia.

Nem elfogadott az elsődleges hormonkezelés!

„WAIT AND SEE” =VÁRNI ÉS MEGFIGYELNI TAKTIKA FELTÉTELEI

- alacsony PSA < 10 ng/ml,
- alacsony Gleason-érték < 7,
- T1b—1c, T2a stádiumú,
- 70 évnél idősebb betegnél,
- legfeljebb 1 biopsziás henger pozitív (az alacsony tumor tömeget jelzi)

Szoros követés mellett a „wait and see” elfogadott.

Az ilyen beteg 10 éves túlélése nem különbözik a kortársakétól, nem prosztatarákban halnak meg, és nincs életminőség romlás a kezelés miatt. A követés fontos, és ha a PSA duplikációs idő 6 hónapnál rövidebb, akkor átsorolás szükséges, ez általában sugárkezelést jelent.

A RADIKÁLIS PROSTATECTOMIA

A 70 évnél fiatalabb, jó általános állapotú, Gleason 3-nál magasabb és 20 ng/ml alatti PSA-val rendelkező betegnél radikális prostatectomia javasolt, mert **a 10 éves túlélés 80%-os és 15%-kal jobb, mint besugárzás után.** 20 ng/ml PSA-szint felett fiatal férfinél, negatív staging vizsgálatok esetén is van rá lehetőség. Kivételesen, jó állapotú, néhány évvel idősebb beteg esetén, a műtét egyéni elbírálást igényel. Az indikációban figyelembe kell venni, hogy 30%-os „understaging” van és ez elkerülhető, vagy csökkenthető 20%-ra a Partin-féle nomogram alkalmazásával. A műtét 1%-os mortalitással jár. Legfontosabb késői szövődmény az impotencia (80%) és az inkontinencia (5%). A perineális, retropubicus műtét eredményessége egyforma, ha nyirokcsomó áttét nincs. Neoadjuváns hormonkezelés nem javasolt a műtét előtt, mert nincs hatása a túlélésre. Ellenőrzés a műtét után negyedévente PSA-val történik két évig, majd félévente, a határérték 0,2 ng/ml.

BESUGÁRZÁS

Kuratív kezelésre alkalmas, eredményességét 3-4 hónapos neoadjuváns (a beavatkozás előtt és után alkalmazott) és 1 éves adjuváns (a beavatkozás után alkalmazott) hormonkezelés tovább javítja.

TAB(totális androgén blokád) kezelés 3-4 hónap után a komformális/intenzitás modulált besugárzás min. 70 Gy max. 75 Gy-ig, a hormonkezelés még további egy évig folytatandó. A háromdimenziós, konformális (külső sugárforrásból leadott, bőrön keresztüli) besugárzás az elfogadott. A brachyterápia (a prosztata állományába helyezett sugárforrással végzett besugárzás) eredményessége megfelel a külső forrásos besugárzásnak. A brachyterápia kombinálható a külső besugárzással. A lokalizált prosztatarák esetén a nyirokcsomók preventív besugárzásának nincs értelme. A szövődmények, sugár cystitis, proctitis aránya 10% alatt van, általában átmenetiek. Ellenőrzés 3 havonta PSA-val, a nadírt általában 12 hónap múlva éri el. A végleges gyógyulást a 0,2 ng/ml alatti PSA jelenti, míg folyik a hormonkezelés. A hormonkezelés befejezése után 1 évvel a PSA kiújulás nélkül is visszamegy 4,0 ng/ml alatti szintre, hiszen a prosztata megmarad. A besugárzás utáni kiújulás PSA-val nem követhető olyan érzékenyen, mint radikális prostatectomia után, de három egymás után emelkedő PSA biokémiai visszaesést jelent és terápia váltást igényel! A sugárkezelés hormonterápiával kiegészítve 5 éves tumor mentes túlélést figyelembe véve csaknem hasonló eredményességet tud produkálni, mint a radikális műtét (70-75% vs. 80-85%), de a radikális műtéttel elérhető 10 éves túlélés még mindig közel 80%-os, ami ebben az esetben 15%-kal jobb, mint besugárzás után elérhető maximum 65% -os eredmény. Ma már elérhető és egyre nagyobb számban végzik hazánkban is a brachyterápiát, ami a besugárzás egy speciális módja. A prosztatába UH vagy CT vezérelten sugárzó kis seed-eket (irridium pálcákat) ültetnek be, amik egy előre meghatározott területen pusztítják el a prostata szövetet a daganattal együtt. Ezek vagy átmenetileg kerülnek be a prosztatába (ilyenkor általában kiegészítik külső sugár kezeléssel), vagy véglegesen.) A módszer előnye, hogy lokálisan hat,

nem kell a környező szövetek sugárkárosodásával számolni. Hátránya: húgycső irritációs panaszokat okozhat, a pálcák elvándorlása sem kizárt. Csak 50 cm³ alatti prostatánál, közepes rizikónál, 10ng/ml alatti PSA-nál alkalmazható.

MŰTÉT ÉS BESUGÁRZÁS UTÁNI KIÚJULÁS

A műtét és besugárzás után biokémiai visszaesés jelentkezhet. A kezelés attól függ, hogy helyi kiújulás vagy a kezelés alatt ismeretlen távoli áttét okozza a PSA emelkedést, ez utóbbi sokkal gyorsabb. Műtét utáni helyi kiújulás inkább besugárzással (a műtéti területre, illetve a prosztatára a maximális 75 Gy-ig), míg szisztémás kiújulás hormonnal kezelhető. Besugárzás utáni kiújulás, lokálrecidíva esetén elsősorban hormonkezelés jön szóba, a műtétnek túl magas a kockázata (inkontinencia > 70%, rectum sérülés > 30%)

A lokálisan előrehaladott prosztatatarák kezelése (T3-4 N0-1 M0)

. Besugárzás

A besugárzás neo-adjuváns (a beavatkozás előtt és után alkalmazott) és adjuváns (a beavatkozás után alkalmazott) hormonkezeléssel.

. Radikális műtéti lehetőség

Igen válogatott esetben fiatal beteg (60 év alatt) T3 és magas Gleason-érték esetén műtét – radikális prostatectomia – is lehetséges, kiegészítve besugárzással.

. Hormonkezelés

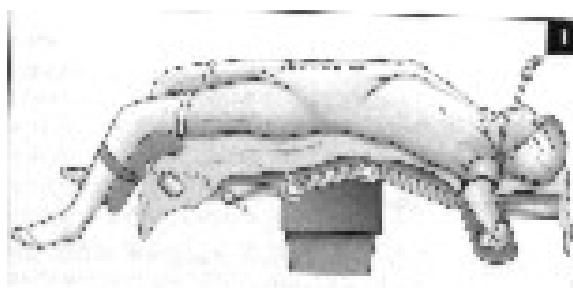
A hormonkezelés a túlélést nem befolyásolja, viszont jó palliációt nyújt és a panaszmentes periódust megnyújtja.

Mi várható a kezeléstől, műtéttől?

Az Ön esetében várható kimenetelről, ami segíti önt a megfelelő kezelési forma kiválasztásában, kezelőorvosa a NORMIND hitelesített nomogram segítségével szimulál lehetőségeket, amelyet megkonzultál Önnel.

Hogyan történik a kezelés, a műtét kivitelezése?

A retropubicus radikális prostatectomia műtéti menete:



Alsó median lapartotomiából hatolunk a pre- és paravesicalis térbe. A funiculus képleteket mko. felszabadítjuk / csak abban az esetben ha téraránytalanság áll fenn és akadályozzák a műtét további menetét, két lekötés között át is vágjuk. Ugyancsak szükség esetén kötjük le, illetve öltjük alá az artéria és véna epigastica inferiort. Amennyiben szükséges nyirokcsomó

eltávolítás akkor először jobb oldalon eltávolítjuk az iliacalis erek feletti és alatti azaz a obturator árokban lévő, a parailiacalis és a presacralis nyirokcsomóláncot, majd ugyan így jártunk el a bal oldalon is. Amennyiben, mko. teljesen szokványos nyirokcsomó blokk volt megfigyelhető, a műtét halad tovább. Gyanús nyirokcsomók esetén, 20 ng/ml feletti PSA érték esetén minden esetben a nyirokcsomókból gyorsfagyasztott metszetet kell készíteni és csak negatív esetben, vagy ha maximum oldalanként 1-1 nyirokcsomó pozitív és a beteg fiatal életkorú, folytatható csak a beavatkozás.

Az eltávolított prosztatát és az ondóhólyagokat egy blokkban szövettani vizsgálatra küldjük. A katétert a combhoz ragasztva húzásra tesszük, amelyet 24h-múlva kell felengedni. A katéter viselés várható ideje szövődmény mentes esetben 7-8 nap.

Laparoszkópos radikális prostatectomia műtéti menete

A hasüreget, vagy egy másik módszer szerint a hasüregen kívüli teret CO₂ gázzal felfújjuk, majd előre meghatározott helyeken a hasüreget torkárok (nyársak) átszúrjuk, ezáltal portokat (vékony eszközök befogadására alkalmas eszközöket) helyezünk be. Kamerát vezetünk az így képzett üregbe és laparoszkópos speciális műszerekkel végezzük el a műtétet. A műtét menete a nyílt műtéttel sok átfedést mutat, azonban a műtéti lépések sorrendjében van némi eltérés. (pl. a húgycső átvágása itt a műtét későbbi szakaszában történik.) A módszer előnye a gáznomás miatti kisebb vérvesztés lehetősége, a kamera 8x nagyítása előnyt jelenhet a finom preparálásoknál. Hátránya a tapintás hiánya, ami a nagy méretű vagy előrehaladott esetekben hiányozhat. A kiterjesztett nyirokcsomó eltávolítás nehezített lehet laparoszkóppal, de mindenképpen időigényesebb.

A módszernek kidolgoztak egy speciális-idegkímélő változatát, amikor a prostata eltávolítása közvetlenül a prostata tokja feletti rétegben történik (intrafascialis technika), ezáltal kezdeti stádiumokban az onkológiai elvek megtartása mellett jobb sexuális funkciók érhetőek el.

Érinti a beavatkozás a szexuális funkciót?

A potenciavesztés valószínűsége még gondos idegkímélő technika alkalmazása mellett is meghaladhatja a 75-80%-ot. A műtétet követően alkalmazott gyógyszeres (a hímvesszőbe adott injekciós vagy szájon át alkalmazott) kezelés hatására 25-30%-ban visszatérhet a spontán merevedés képessége. Amennyiben ez nem következik be és igény van rá, úgy végső megoldásként a hímvesszőbe helyezhető protézis jelenti a végleges megoldást.

A beavatkozás kockázata, szövődményei:

Milyen szövődményekkel lehet számolni?

A műtét valamennyi formája esetén a legfontosabb műtét közben szövődmény a vérzés. Előfordulhat ezen felül ideg sérülés, bél sérülés, nagy ér sérülése is.

A korai műtétet követő időben fertőzés, vizelet sipolyozás, széklet sipolyozás varratszétnyílás, a vesevezetékek öltés következtében való elzáródása, következményes veseüregrendszeri tárgulat kialakulása, és thrombemboliás szövődmények megjelenésére lehet számítani.

Enyhe **utóvérzések** vagy bizonyos körülmények között a **műtéti terület fájdalmas duzzanata, szöveti vizenyője előfordulhat, ezek** pár napon belül maguktól elmúlnak. **Fertőzések és a seb gyógyulásának zavarai** nagyon ritkák, ezek többnyire gyógyszerrel kezelhetőek, kivételes esetekben utóműtét válhat szükségessé. Nagyon ritkán **sérülhetnek a véredények, a vesevezetékek, a hashártya, a belek, más szervek és/vagy az idegek.** Késői szövődményként előfordulhat, hogy a nyirok utak leköttése következtében folyadék felszaporodás jelentkezik, amelyet egyes esetekben kezelni kell.

Minden fent megnevezett szövődmény további kezelést tehet szükségessé, adott esetben újabb műtéti feltárássra is sor kerülhet.

Mint minden operatív beavatkozás után a **seb gyógyulásának zavarai** léphetnek fel, vérrögök képződhetnek a véredényekben (**thrombosis**), elzárhatják a véredényeket (**embólia**). Ezen kockázat elleni számos megelőző intézkedést teszünk (szükség szerinti véralvadás gátlás, kompressziós harisnya, fásli alkalmazás, korai mobilizálás stb.) melyről tájékoztatjuk és a részleteket külön megbeszéljük Önnel.

A késői műtétet követő periódusban vizelet sipolyozás, húgycsőszűkület, vizelettartási képtelenség 5%, potenciavesztés 80%. Sugárkezelés esetén a szövődmények, sugár-cystitis, proctitis aránya 10% alatt van, általában átmenetiek.

A kórházi bennfekvés során a műtéti előkészítő és kísérő beavatkozások egyike sem tekinthető kockázatmentesnek. Az injekciók és infúziók ritkán helyi szöveti károsodásokat (injekció okozta tályog, hegesedés, ideggyulladás, vénafal gyulladás) okozhatnak. Amennyiben vér, vagy vérkészítmények adása válik szükségessé a fertőződés lehetősége pl. hepatitis vírussal (májgyulladás), és rendkívül ritka esetben (kb. 1:1 millióhoz gyakorisággal) HIV vírussal (AIDS) abszolút értelemben nem zárható ki.

Elenyészően kis százalékban, mint minden műtéti beavatkozásnál, úgy a tervezett műtét során, illetve után is, felléphetnek olyan váratlan orvosi események, melyek akár a beteg elhalálózását vonhatják maguk után.

Beavatkozás elmaradásának lehetséges előnyei

A fenti szövődmények elkerülése.

Beavatkozás elmaradásának kockázatai, szövődményei

A prosztata eltávolításának, vagy radikális sugárkezelésének elmaradása a betegség továbbterjedését és egész test szóródását (áttétképződést) és végül végzetes kimenetelt eredményezhet.

Beavatkozás várható kimenetele, eredménye

A „wait and see”, várni és megfigyelni taktika előnyeit már az előzőekben ismertettük

A prosztata radikális eltávolítása esetén az 5 éves daganatmentes túlélés átlagosan 85-90%-os lehet. A 10 éves túlélés átlagosan 80%-os.

A hormonkezeléssel kiegészített sugárkezelés esetén az 5 éves daganatmentes túlélés átlagosan 70-75% míg ugyan ez az érték 10 év elteltével átlagosan maximum 65%.

Beavatkozást követő további ellátások, kezelések:

A katéter eltávolítása után néhány napig vizeléskor a húgycsőben égő érzés, a húgyhólyag területén sürgető vizelési inger jelentkezhet, a vizeletben vér is megjelenhet. A műtét kapcsán kialakult húgyúti fertőzések akár hosszabb ideig tartó utókezelést igényelhetnek, vizeletfertőtlenítő, antibiotikum adásával.

Enyhe **utóvérzések** vagy bizonyos körülmények között a **műtéti terület fájdalmas duzzanata, szöveti vizenyője előfordulhat, ezek pár napon belül maguktól elmúlnak.**

Fertőzések és a seb gyógyulásának zavarai nagyon ritkák, ezek többnyire gyógyszerrel kezelhetők, kivételes esetekben utóműtét válhat szükségessé.

A műtét után, bennfekvése során véralvadás gátló kezelésben fog részesülni. Hivatkozva a hatályos egészségügy jogszabályra a Z2990 BNO kóddal közepes/magas fokú trombembóliás szövődmény magas rizikója miatt az LMWH kezelés folytatása a műtétől számítva 4 hétig javasolt lesz. A szükséges injekció receptjével és a háziorvosának további szükséges gyógyszer mennyiség felírásához elengedhetetlen javaslattal hazabocsátásakor el fogjuk látni.

A véralvadás gátló injekció beadására megtanítottuk. Amennyiben annak elvégzésére nem képes, vagy nincs otthonában arra vállalkozó hozzátartozó akkor hazabocsátását követően családorvosát haladéktalanul keresse fel és kérjen segítséget.

Beavatkozást követően javasolt életmód

A műtétet követően egy napig ágynyugalom javasolt.

Ügyeljen arra, hogy a sebgyógyulás 8 napos időtartama alatt tisztálkodása során víz ne, vagy csak nagyon rövid ideig érje a sebet, mert ezzel a zavartalan sebgyógyulást

veszélyeztetni. Amennyiben mégis víz éri a sebet, gondosan szárítsa, majd fertőtlenítő (pl. Betadine) oldattal kezelje le.

A műtét után hat hétig az erős fizikai terhelés kerülése javasolt!

Hat és nyolc hét között enyhe, majd 8-12- között közepes terhelés engedélyezett.

Tizenkét hét után teljes terhelést kaphat, amennyiben a beavatkozás utáni felépülése zavartalan volt. **(Ugyanezen ideig a nemi élet mellőzése javasolt!)**

Minden ellenkező esetben konzultáljon kezelőorvosával.

A megbeszélt időpontban kontrollvizsgálaton jelentkezzen kezelőorvosánál!

Azonnal jelentkezzen urológiai szakrendelésen, ha lázas, ha fájdalmai vannak vagy állapota hirtelen romlik!

Otthonába bocsátását követően az első munkanapon jelentkezzen háziorvosánál

További felmerülő kérdések:

A műtéti felvilágosítás során minden Önt érintő kérdést, amire addig nem kapott választ tegyen fel orvosának! Pl.:

Mennyire szükséges és sürgős a műtét?

Fennáll-e valamilyen személy szerint Önt érintő szövődmény veszélye?

Milyen előzetes vizsgálatok szükségesek még a műtéthez? Ezek milyen szövődményekkel járhatnak?

Meddig tart előreláthatólag az intézeti kezelés?

Műtét után meddig kell a nemi élettől tartózkodnia?

A tájékoztatást követően a beteg által feltett kérdések:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Orvosi feljegyzések a felvilágosítás során:

(Pl.: egyéni kockázatok és lehetséges további szövődmények, esetleges kiegészítő beavatkozások és azok kockázatai, mellékhatása, a beleegyezés korlátozása és ebből adódó esetleges hátrányok)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Beavatkozást végző személy neve

Orvos

Asszisztens

Segítő személy

.....

orvos aláírása

Ph

A beteg műtéti beleegyezése:

Alulírott(
születési hely, idő.....,
anyja leánykori neve:)

Kijelente, hogy a betegtájékoztatót elolvastam, a beavatkozás elvégzésének kockázatait, és a lehetséges más módjairól történő tájékoztatást megértettem. A tervezett műtétről, illetve annak esetleges szükség szerinti kiterjesztéséről dr. kielégítő mértékben felvilágosított. **a beavatkozással kapcsolatban az írásbeli tájékoztatóban nem szereplő,** számomra lényegesnek tűnő kérdést alkalmam volt feltenni és **a fenti kérdéseimre** kielégítő, érthető válaszokat, **szóbeli tájékoztatást kaptam.** Felvilágosítást kaptam a műtét kockázatairól és szövődményeiről, azokat tudomásul veszem.

Beleegyezem a gyógyulásom érdekében szükségesnek tartott készítmények, gyógyszerek, vér, és vérkészítmények, valamint egyéb orvos biológiai anyagok adásába. Tudomásul veszem, hogy az orvostudomány és a sebészet nem egzakt tudomány, a műtét/beavatkozás eredménye előre nem garantálható. Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás szakszerű végrehajtása esetén is előfordulhatnak előre nem látható, az előzőekben nem említett szövődmények, melyek a várható gyógy tartamot kedvezőtlenül befolyásolhatják.

Tudomásul veszem, hogy az átlagosnál magasabb kockázatot jelenthet a kivizsgálás során általam a kezelőorvossal nem közölt vagy a rendelkezésre álló diagnosztikai eszközökkel fel nem derített betegségek, eltérések fennállása.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott vizsgálatot, kezelést, műtétet visszautasítani, illetve jelen beleegyező nyilatkozatomat a beavatkozás/műtét előtt írásban bármikor visszavonhatom. Kijelentem, hogy a visszautasítás következtében állapotomban bekövetkező változásokért, szövődményekért, gyógy eredmény alakulásáért orvosaimat felelősség nem terheli.

Beleegyezem, hogy a műtét során eltávolított szerveket/szöveteket a klinika oktatási és tudományos célra is felhasználhassa. Hozzájárulok ahhoz, hogy a műtét vagy beavatkozás menetéről fénykép vagy videofelvétel készüljön, azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhetővé. Tudomásom van arról, hogy a klinikán egészségügyi személyzet, orvostanhallgatók és rezidensek képzése is folyik. Beleegyezem abba, hogy kezelésemben – felelős személyek jelenlétében és azok felügyelete mellett – oktatási célból fenti személyek is részt vehessenek a törvény által előírt titoktartási kötelezettség betartásával.

Betegségemmel kapcsolatban tájékoztatást
kaphat:
nem kaphat:

Kijelentem, hogy kellően felvilágosítottan érzem magam és elégséges gondolkodási idő után a tervezett műtétbe beleegyezem.

Döntésem meghozatala előtt további kérdésem nincs,

Beleegyezem továbbá az előre nem látható események miatti esetleges műtéti kiterjesztésbe, illetve orvosilag indokolt esetben a műtéti terv megváltoztatásába.

A fentiek alapján kifejezetten kérem, hogy beavatkozást végezzék el.

Budapest, 20 év hó nap.

.....

Beteg aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt (név, cím):

1.,

2.,

.....

.....

Abban az esetben ha a beteg a tervezett műtétet visszautasítja:

A beteg a megfelelő orvosi felvilágosítás ellenére a tervezett műtétet visszautasítja. Az ebből adódó esetleges következményekről tudomása van, azokról megfelelő felvilágosítást kapott.

.....
Dátum és hely

.....
Orvos aláírása

.....
Beteg aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt (név, cím):

1.,

2.,

.....

.....