



Ózdi Almási Balogh Pál Kórház
Csecsemő- és gyermekgyógyászati Osztály
3600 Ózd, Béke u. 1-3.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT GERINC CSAPOLÁS ELVÉGZÉSÉHEZ

Beteg neve: _____ szül.idő: _____ TAJ: _____

Törvényes képviselő/szülő neve: _____

Jelen nyilatkozat aláírásával tanúsítom, hogy a kezelőorvos megfelelő, számomra érthető módon részletesen tájékoztattott az alábbiakról:

A gerinc csapolás során a gerincvelő üregből diagnosztikus vagy terápiás célból agyvizet bocsátanak le. A csapolást olyan helyen végzik, ahol nem kell a gerincvelő sérülésétől tartani/3-5 ágyéki csigolya közt. A vizsgálatot ülő vagy oldalt fekvő helyzetben végzik. A beavatkozás után a beteget 20 percig laposan hason fektetik, majd 24 órát hanyatt. Bő folyadék bevitelt biztosítanak.

Lehetséges szövődményei:

- fejfájás, szédülés, hányinger
- agyhártyagyulladás

Kérdéseimre teljes mértékben kielégítő és számomra érthető, megfelelő tájékoztatást kaptam.

Kijelentem, hogy további kérdésem nincs.

Kijelentem, hogy valamennyi olyan – a birtokomban lévő- fontos információt megosztottam a kezelőorvossal, mely (gyermekem a gyámságom alatt álló személy) egészségi állapotomra/állapotára, korábbi betegségeimre/betegségére, gyógyszerérzékenységemre/gyógyszerérzékenysége, allergiámra/allergiájára, korábbi műtétemre/műtétjére vonatkozik.

Részletes és érthető orvosi tájékoztatást kaptam a tervezett beavatkozásról és az ennek során várhatóan szükséges egyéb vizsgálatokról. Esetleges kérdéseimet a kezelőorvos megválaszolta.

Hozzájárulok (a gyermekem a gyámságom alatt álló személy) a fentebb nevezett beavatkozáshoz/beavatkozásához.

Kelt: Ózd,.....év.....hó.....nap

kezelőorvos aláírása

beteg/ szülő vagy törvényes képviselő aláírása

Szöbeli nyilatkozat esetén két tanú aláírása:

1. tanú

2. tanú

név: _____

név: _____

sz. ig. szám: _____

sz. ig. szám: _____

lakcím: _____

lakcím: _____

aláírás: _____

aláírás: _____

Elutasító nyilatkozat

A kezelő orvos részletes felvilágosítása- amely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló következményeket is tartalmazza- ellenére a beavatkozás elvégzését megtagadom.

Kelt: Ózd,.....év.....hó.....nap

kezelőorvos aláírása

beteg/ szülő vagy törvényes képviselő aláírása