

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT BEÖNTÉS ELVÉGZÉSÉHEZ

Alulírott,.....az orvosomtól a szükséges felvilágosítást megkaptam és ennek ismeretében a beöntés elvégzéséhez beleegyezésem adom.

Orvosom, Dr.....felvilágosított a beavatkozás szükségességéről valamint a lehetséges szövődményekről.

A beavatkozás során rugalmas csövön keresztül feltöltjük a végbélet és a vastagbél alsó szakaszát. A beöntés célja, ezen bélszakaszok kitisztítása végbél, vastagbél-feltöltés, illetve tükrözés előtt, szolgálhat azonban többnapos szorulás megszüntetésére is.

A beavatkozás lehetséges szövődményei:

1. Sérülhet a végbél nyálkahártyája, véraláfutás keletkezhet.
2. Vérezhet a meglévő aranyeres csomó.

A fentieket tudomásul veszem és megértem, hogy az előkészítés elvégzése a betegségem pontosabb megismeréséhez szükséges vizsgálat elvégzése előtt elkerülhetetlen.

Kazincbarcika,.....év.....hó.....nap

.....

ph.

.....

kezelőorvos aláírása

beteg aláírás

A vizsgálat szükségességéről és elmaradásának következményéről a felvilágosítást megkaptam, mindezek ellenére a beavatkozás elvégzéséhez nem járulok hozzá.

.....

Beteg/törvényes képviselő