

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.
orvos aláírása beteg aláírás

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





KAZINCBARCIKAI KÓRHÁZ

3700 Kazincbarcika, Május 1 út 56.

Adószám: 15846413-2-05

Belgyógyászati Osztály

0564 1 0100

.....
Beteg/törvényes képviselő

