



GOTTSEGEN GYÖRGY
ORSZÁGOS KARDIOVASZKULÁRIS INTÉZET

Szívsebészeti Osztály

Végleges szívritmus-szabályozó (PM/ICD) beültetése

Tájékoztató és nyilatkozatok

A beteg neve:..... , **azonosítója:**

Alulírott beteg/hozzátartozó (a megfelelő jelölendő) **BELEEGYZEM** abba, hogy rajtam/ hozzátartozómon (a megfelelő jelölendő) a Gottsegen György Országos Kardiovaszkuláris Intézet orvosai az alábbi szívsebészeti beavatkozást elvégezzék:

Tervezett műtét:

A műtét várható időpontja:

Kórisme (diagnózis):

Mellékbetegségek:.....

Tudomásul veszem, hogy a tervezett szívsebészeti beavatkozás során a következő **szövődmények** előfordulásával kell számolni:

.....
.....

Szóbeli felvilágosítást kaptam a következő kérdésekben:

1. Betegségem természete és várható lefolyása műtét nélkül.
2. Az elvégzendő műtét kockázata, a beültetendő idegen anyagok természete.
3. A kórházi kezelés várható időtartama.

Tudomásul veszem, hogy a szívritmus-szabályozók élettartama véges (hosszvetőleg 2-15 év között változik), így időben történő cseréjükhöz rendszeres szakorvosi ellenőrzés szükséges, amelyre vonatkozó javaslatokat a zárójelentésben kapom meg.



A tervezett műtéttel kapcsolatban megadott tájékoztatást (orvosi felvilágosítást), továbbá a műtéttel kapcsolatos szövődmények kockázatát megértettem; lehetőségem volt kérdéseket feltenni, melyekre megfelelő választ kaptam; további kérdésem nincs.

Beleegyező döntésemet feltétel nélkül, kényszertől, fenyegetéstől mentesen, szabad akaratomból hoztam meg.

Budapest,évhó nap

.....
a beteg (v. törv. képviselő)
aláírása

.....
(a törv. képviselő jogcíme)

Orvosi nyilatkozat

A Gottsegen György Országos Kardiovaszkuláris Intézet Szívsebészeti Osztályának és Hemodinamikai Laboratóriumának a beavatkozásban érintett orvosai, valamint a beteg gyógykezelésében résztvevő valamennyi egészségügyi dolgozó nevében is kijelentem és biztosítom, hogy az orvosi és az egyéb kapcsolódó egészségügyi munkákat mindenkor a hatályos törvények, valamint az egyéb kötelező jogszabályok betartásával, az orvosi eskü vonatkozó szabályainak és követelményeinek megfelelően, a lehetséges és elvárható színvonalon, maximális gondossággal végezzük -a beteg korától, nemétől, vallásától, politikai, illetve világnézetétől, nemzetiségétől és állampolgárságától függetlenül.

.....
A tájékoztatást adó és nyilatkozatot tevő
orvos(ok) aláírása