

Cím: 9600 Sárvár, Rákóczi u. 30. Tel: 95/320-011, 95/523-000 Fax: 95/320-010
E-mail: korhaz@korhazsarvar.hu • www.korhazsarvar.hu



SZENT LÁSZLÓ
KÓRHÁZ

Egynapos Sebészet

Osztályvezető főorvos: **Dr. Drácz Lajos**
Tel.: 06-95/523-006, Fax: 06-95/523-010

NEAK KÓD: 1803E0201

FELVÉTELI BETEGVIZSGÁLATI LAP

Név:	Lakcím:
TAJ:	Születési idő:
Telefon:	
Felvétel időpontja:	

Legközelebbi hozzátartozó: Telefon:	Lakcím:
--	---------

Anamnézis		
szívbetegség mellkasi fájdalom - terhelésre - nyugalomban - éjszaka Asthma légszomj - nyugalomban - fekvő helyzetben - terhelésre - lépcsőn járáskor magasvérnyomás	görcsrohamok vesebetegség vizeleési zavarok anaemia súlyos vérzés vérzékenység hepatitis emésztési zavarok diabetes izombetegség tüdőembólia	mélyvénás trombózis alszároedema glaucoma porphyria malignus hyperpyrexia Pajzsmirigy betegség Varicositas Reflux betegség

Allergia:

Előzetes betegségek, kórházi kezelések:	
Előzetes műtétek:	
Jelenlegi betegségek:	
Volt-e műtéti vagy aneszteziológia szövődmény?	
Transzfúzió:	

Terhességek száma:	Szülések száma:
Jelenleg: terhes orális fogamzásgátlót szed HRT	Egyéb gyógyszeresedés:

Használ-e az alábbiak közül: műfogsor hallókészülék kivehető fogak pacemaker kontaktlencse	Dohányzás: igen nem
	Alkohol: igen nem
	Drog: igen nem

Testsúly: kg	Testmagasság: cm
Vérnyomás: Hgmm	Pulzus: /perc
Hőmérséklet: láztalan °C	

Fizikális vizsgálat lelet	LÁSD. KÓRLAPON
Általános vizsgálat:	
Szakorvosi vizsgálat:	
Egyéb:	

Laborkivizsgálás:	MELLÉKELVE
--------------------------	-------------------

Diagnózis:
BNO:
Műtét:

Sárvár, 2020.09.04.

.....
Dr.Földi Péter
vizsgálatot végző orvos

- 2 -

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ
ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT**

Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy kezelőorvosom képzettségemnek, ismereteimnek, igényemnek megfelelően tájékoztatott:

- a műtéti beavatkozást igénylő egészségi állapotomról,
- ellátásom részleteiről, a várható eredményekről,
- az elvégzendő műtéti beavatkozásról, annak veszélyeiről,
- a műtét elmaradása káros következményeiről és elháríthatóságuk esetleges lehetőségeiről,
- a műtét tervezett időpontjáról,
- a kezelőorvosom által javasolt műtéti megoldás helyett alkalmazható gyógymódokról,
- a műtéti érzéstelenítés módjáról.

Tudomásul veszem, hogy az orvosi szakmai szabályok szerint végzett szakszerű műtéti ellátás esetén is előfordulhatnak előre nem látható káros vagy hátrányos következmények, szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt kedvezőtlenül befolyásolják.

Megértettem, hogy a javasolt műtéti beavatkozás esetén az orvosi szakmai szabályok szigorú betartása ellenére is nem szükségszerűen, de általában számításba vehető veszély, illetve hátrányos következmény (kockázat) gyakorisága:

5%-nál kisebb

5-20% közötti

20%-nál nagyobb.

Megértettem, hogy a műtétem közben előforduló, további beavatkozást igénylő szövődmény kialakulása esetén a műtétet aktív ágygal rendelkező, a Sárvári Kórházzal megállapodást kötött kórházban végezzék el.

Ilyen esetek lehetnek:

- a műtét közben vagy az után további beavatkozást igénylő szövődmény esetén,
- a műtét során vagy azt követően vér- vagy vérkészítmény adását igénylő nagyfokú vérvesztés esetén,
- egyéb előre nem látható olyan esetekben, melyet kezelőorvosom vagy az altatást végző orvos úgy ítéli meg, hogy annak ellátása aktív osztályon biztonságos.

Tájékoztatásomat követően úgy ítélem meg, hogy ellátásom folyamatát megértettem, betegségem természetéről, a műtét várható kimeneteléről, gyógyulásom kilátásairól részletes, tévedéstől, megtévesztéstől mentes megfelelő tájékoztatást kaptam, melyek alapján a javasolt műtét egynapos ellátás formájában történő elvégzésébe **beleegyezem.**

Sárvár, 2020.09.04.

.....

a műtétet végző orvos aláírása

.....

a beteg (törvényes képviselő) aláírása

- 3 -

HAZABOCSÁTÁS
(Módosított Aldrete-féle pontrendszer)

Vizsgált tevékenység	Fokozat	Pontszám
----------------------	---------	----------

