

Betegtájékoztató és beleegyező lap			
Dokumentum címe:	Alvásvizsgálat Apnea Link készülékkel		
Változat: 01	Hatályos: 2017.05.29.	1.oldal a(z) 2 oldalból	Módosítás 0
Dokumentum száma: Bny./F.O.G/38.	Hatályba helyezte: Dr. Czurkó Géza osztályvezető főorvos		

Beteg neve: TAJ szám:

Tisztelt Betegünk / Kedves szülők!

A Siófoki Kórház Fül-Orr-Gége Osztály gyógyító csoportja a beavatkozásról szeretne tájékoztatást adni, hogy – mindent mérlegelve – döntsön, és beleegyező nyilatkozatát adja a beavatkozáshoz.

Alapvető anatómiai és élettani tudnivalók:

Az alvás alatt kialakuló légzéskimaradások, horkolás vizsgálata. A riasztó légzéskimaradások műszeres vizsgálata.

Diagnózis (jelenlegi egészségi állapot magyarul):.....

A beavatkozás tervezett időpontja:.....

A beavatkozás indikációi (a beavatkozás elvégzését indokoló tényezők)

Nyugtalan alvás, horkolás, légzéskimaradás, mind gyermek, mind felnőttkorban.

Egyéb kezelési lehetőségek

Somnologus vizsgálata, alváslaborban történő vizsgálat.

A beavatkozás veszélyei

A beavatkozás veszélytelen

Lehetséges mellékhatásai, veszélyei, szövődményei:

Nincs

Beavatkozás utáni időszak fontosabb teendői (amire figyelni kell)

Nincs szövődmény

A beavatkozás elmaradásának várható következményei:

Nem kielégítő alvás, nappali fáradékonyság. Jogositvány megvonás, egyéb koncentratio hiányok.

Betegtájékoztató és beleegyező lap			
Dokumentum címe:	Alvásvizsgálat Apnea Link készülékkel		
Változat: 01	Hatályos: 2017.05.29.	2.oldal a(z) 2 oldalból	Módosítás 0
Dokumentum száma: Bny./F.O.G/38.	Hatályba helyezte: Dr. Czurkó Géza osztályvezető főorvos		

Beleegyezési nyilatkozat

A beavatkozásról a tájékoztatót elolvastam, az orvos általi szóbeli tájékoztatást megértettem, az általam feltett kérdésekre megnyugtató, kielégítő válaszokat kaptam, a beavatkozás elvégzésébe beleegyezem, kérem annak elvégzését.

.....
felvilágosítást végző személy
aláírása

.....
beteg/ törvényes képviselő
aláírása

Siófok,.....év.....hó.....nap.....óra.....perc.

Elutasító nyilatkozat

A kezelőorvos részletes felvilágosítása – amely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló következményeket is tartalmazta – ellenére a beavatkozás elvégzését megtagadom.

.....
felvilágosítást végző személy
aláírása

.....
beteg/ törvényes képviselő
aláírása

1.Tanú:.....
aláírása

2.Tanú:.....
aláírása

Siófok,.... év.....hó.....nap.....óra.....perc

Ezen lap egy aláírt példánya a beteg dokumentációjához csatolandó!