

**Betegtájékoztató és beleegyező lap**  
**Elektromos tüvel történő égetés végzéséhez**

Beteg neve:

TAJ szám:

**Tisztelt Betegünk!**

Tájékoztatjuk Önt, hogy bőrelváltozásának eltávolításához elektromos tüvel való égetés válik szükségessé.

**A beavatkozás célja:** A bőr jóindulatú növedékének (növedékeinek) eltávolítása.

A beavatkozás technikájáról szóbeli ismertetést is kapott.

**A beavatkozás esetleges veszélyei:**-másodlagos felülfertőződés

-hegesedés

-pigmentációs zavar a gyógyulás után

-allergiás reakció az érzéstelenítőre

-beültetett fémek esetén az áramütés veszélye miatt a beavatkozás nem végezhető el!

**Beleegyező nyilatkozat**

Az elektromos égetés tevékenységéről a tájékoztatást elolvastam, az orvos által szóbeli tájékoztatást megértettem. A beavatkozás elvégzésébe beleegyezem, kérem annak elvégzését

.....  
beteg / törvényes képviselő

.....  
felvilágosítást végző személy

Szentés,.....

A tájékoztatást elolvastam, a szóbeli tájékoztatást megértettem.

A beavatkozás elvégzését megtagadom, az ezzel kapcsolatos bármilyen következményekért a fent nevezett orvost minden felelősség alól felmentem.

.....  
beteg / törvényes képviselő

.....  
felvilágosítást végző személy

Szentés,.....

Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház  
6600 Szentés Sima F. u. 44-58.  
Bőr-és Nemibeteg Gondozó Szakrendelés

**Betegtájékoztató és beleegyező lap**  
Vírusos növedék eltávolítás végzéséhez

Beteg neve:  
TAJ szám:

Tisztelt Betegünk!

Tájékoztatjuk Önt, hogy mielőbbi gyógyulása érdekében vírus növedék eltávolítása szükséges.

**A beavatkozás célja:**A vírusos növedék eltávolítása.

A beavatkozás technikájáról szóbeli ismertetést kapott.

**A beavatkozás esetleges veszélyei:** -másodlagos felülfertőződés  
-pigmentációs zavar a gyógyulás után  
-hegesedés

**Beleegyező nyilatkozat**

A vírus növedék eltávolítás tevékenységről a tájékoztatást elolvastam, az orvos által szóbeli tájékoztatást megértettem. A beavatkozás elvégzésébe beleegyezem, kérem annak elvégzését.

.....  
beteg / törvényes képviselő

.....  
felvilágosítást végző személy

Szentés,.....

A tájékoztatást elolvastam, a szóbeli tájékoztatást megértettem.  
A beavatkozás elvégzését megtagadom, az ezzel kapcsolatos bármilyen következményekért a fent nevezett orvost minden felelősség alól felmentem.

.....  
beteg / törvényes képviselő

.....  
felvilágosítást végző személy

Szentés,.....

**Allergológiai bőrtesztek  
beleegyező nyilatkozata**

Alulírott...../név/...../szül.adat/  
elismerem, hogy engem Dr. Kispéter Ágnes kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

- 1., A betegségről, amely kórisme szerint.....  
.....
- 2., valamint a betegségem kivizsgálásához szükséges allergológiai bőr-, vagy nyálkahártya,  
vagy per os tesztekéről.  
A vizsgálat elvégzéséhez hozzájárulok, annak tudatában, hogy
- a., a vizsgálat során alapbetegségem fellángolásával számolok,
  - b., az elvégzett bőrtesztek helyén múltó bőrreakciók megjelenésével számolok,
  - c., a vizsgálati időszakban csak az orvosom által is ismert gyógyszereket fogyasztom  
/ természetgyógyászati készítményeket is beleértve/, ill. új gyógyszer alkalmazását  
a vizsgálóval közlöm,
  - d., a vizsgálatok megkívánta időpontokban az értékelésre megjelenek,
  - e., a vizsgálatok sorát – a kezelőorvosommal történt megbeszélést követően – bármikor  
felfüggeszthetem.

Szentes,.....

.....  
Beteg aláírása

.....  
Orvos aláírása

Dr. Bugyi István Kórház  
6600 Szentes Sima F. u. 44-58.  
Bőr-és Nemibeteg Gondozó Szakrendelés

**Betegtájékoztató és beleegyező lap**  
Szövetteni mintavétel végzéséhez

Beteg neve:  
TAJ szám:

Tisztelt Betegünk!

Tájékoztatjuk Önt, hogy mielőbbi gyógyulása érdekében a diagnózis megállapításához szövettani mintavétel végzése szükséges.

**A beavatkozás célja:**szövettani mintavétel.

A beavatkozás technikájáról szóbeli ismertetést kapott.

**A beavatkozás esetleges veszélyei:** -másodlagos felülfertőződés  
-pigmentációs zavar a gyógyulás után  
-hegesedés  
-vérzés

**Beleegyező nyilatkozat**

Szövetteni mintavétel végzéséről a tájékoztatást elolvastam, az orvos által szóbeli tájékoztatást megérttem. A beavatkozás elvégzésébe beleegyezem, kérem annak elvégzését.

.....  
beteg / törvényes képviselő

.....  
felvilágosítást végző személy

Szentes,.....

A tájékoztatást elolvastam, a szóbeli tájékoztatást megérttem.  
A beavatkozás elvégzését megtagadom, az ezzel kapcsolatos bármilyen következményekért a fent nevezett orvost minden felelősség alól felmentem.

.....  
beteg / törvényes képviselő

.....  
felvilágosítást végző személy

Szentes,.....

Dr. Bugyi István Kórház  
6600 Szentes Sima F. u. 44-58.  
Bőr-és Nemibeteg Gondozó Szakrendelés

Betegtájékoztató és beleegyező lap  
Folyékony Nitrogénes fagyasztás végzéséhez

Beteg neve:  
TAJ szám:

Tisztelt Betegünk!

Tájékoztatjuk Önt, hogy bőrelváltozásának eltávolításához folyékony nitrogénes fagyasztás szükséges.

**A beavatkozás célja:** A vírusos növedék, ill. jóindulatú bőrelváltozás (-ok) kezelése folyékony nitrogénnel.

A beavatkozás technikájáról szóbeli ismertetést kapott.

**A beavatkozás esetleges veszélyei:** -másodlagos felülfertőződés  
-pigmentációs zavar  
-hólyagképződés bevérzéssel, gyulladással  
-az elváltozás kiújulása

**Beleegyező nyilatkozat**

A folyékony nitrogénes fagyasztás tevékenységéről a tájékoztatást elolvastam, az orvos által szóbeli tájékoztatást megértettem. A beavatkozás elvégzésébe beleegyezem, kérem annak elvégzését.

.....  
beteg / törvényes képviselő

.....  
felvilágosítást végző személy

Szentes,.....

A tájékoztatást elolvastam, a szóbeli tájékoztatást megértettem.  
A beavatkozás elvégzését megtagadom, az ezzel kapcsolatos bármilyen következményekért a fent nevezett orvost minden felelősség alól felmentem.

.....  
beteg / törvényes képviselő

.....  
felvilágosítást végző személy

Szentes,.....