

# BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Beteg neve: \_\_\_\_\_

Lakcím: \_\_\_\_\_

TAJ: \_\_\_\_\_ szül.idő: \_\_\_\_\_

A) 1. Tanúsítom, hogy orvosaim betegségem természetéről, mely kórisme (magyarul)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

kellően felvilágosítottak.

2. Kérem, hogy a gyógyításomra javasolt gyógykezelést, mely (magyarul)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

rajtam elvégezzék. A javasolt gyógykezelés kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható  
következményeiről az írásbeli felvilágosítást elolvastam és megértettem.

A leírtakon kívül a nálam szóba jövő szövődmények még:

\_\_\_\_\_

Tájékoztatót kaptam a helyette alkalmazható gyógymódokról, úgymint:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről. Megismertem az ajánlott és más szóba jövő kezelési eljárások  
előnyeit és hátrányait. Szóban felett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam, melyeket megértettem, és kijelentem, hogy több  
kérdésem nincs.

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon és kényszermentesen dönthessek arról, hogy milyen kezelést szeretnék.  
Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, melyek a várható  
gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják, ezekért orvosaimat felelősség nem terheli.

3. Felhatalmazom – nem hatalmazom fel – a gyógykezelést végző orvost, illetve orvoscsoportot és asszisztenciáját  
arra, hogy a kezelés során felmerülő, olyan előre nem látható beavatkozást is elvégezzenek, mely orvosilag indokolt, és az  
egészség megóvására, illetve az élet meghosszabbítására irányul.

(Az A/3. pont első sorában a nem kívánt részt kérjük törölje, húzza át.)

4. Beleegyezem és ésszerű határok között szükségesnek tartott vér, gyógyszer, kábítószer, vagy más anyagok  
beadásába, valamint az orvosok által szükségesnek tartott vizsgálati eljárások alkalmazásába.

5. Tudatában vagyok, hogy jogom van a felajánlott kezelése bármelyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem  
során az elutasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért az orvosokat – akiknek a  
kezelést nem fogadom el – a felelősség alól felmentem.

6. Tudomásul veszem és elfogadom, hogy a gyógykezelést a szervezeti egységet vezető, vagy megbízottja által  
kijelölt orvos, illetve orvoscsoport végzi el.

\_\_\_\_\_

a beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

- B)** Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig a gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni, a döntéseket a kezelőorvosomra bízom. Felhatalmazom orvosaimat, hogy rajtam a szükséges gyógykezelést elvégezzék. Ezt a nyilatkozatot – elfogadás esetén – kézírásommal itt leírom és aláírással erősítem meg. E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondás érvénytelen.

---

---

---

\_\_\_\_\_ a beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

- C)** Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

a) Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat a betegségről teljes körűen tájékoztassák:

---

---

---

b) Az alább megnevezett hozzátartozóimat a betegségről az általam megjelölt, következő korlátozásokkal tájékoztassák:

---

---

---

c) Az alább megnevezett hozzátartozóimat kérésükre se tájékoztassák:

---

---

Kelt: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_ kezelőorvos aláírása

\_\_\_\_\_ a beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

(A beteg helyett törvényes képviselő (hozzátartozó) csak korlátozott vagy teljes cselekvőképtelenség esetén adhatja beleegyezését. A hozzátartozó nyilatkozattételére a „C” pontban szereplő kérdések körében nincs mód.)