

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Beteg neve:

TAJ:

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

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

rajtam elvégezzék. A javasolt műtét 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, mint

valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről. Megismertem az ajánlott és más szóba jövő kezelési eljárások előnyeit és hátrányait. Szóban feltett 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 (gyógytartalmot) kedvezőtlenül befolyásolhatják, ezekért orvosaimat felelősség nem terheli.

3. Felhatalmazom – nem hatalmazom fel – a műtétet végző orvost, illetve orvoscsoportot és asszisztenciáját arra, hogy a műtét során felmerülő, olyan előre nem látható műtéti 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 az 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 kezelések bármelyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során az elutasítás kapcsán bekövetkező szövődményeként, illetve a gyógyeredmény alakulásáért az orvosokat – akiknek kezelését nem fogadom el – a felelősség alól felmentem.

6. Tudomásul veszem, és elfogadom, hogy a műtétet 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 műtétet – műtéteteket – elvégezzék.

Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézírásommal itt leírom és aláírással erősítem meg. E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondása érvénytelen.

a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

C) Hozzátartozóim 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:

Ózd, _____ év _____ hó _____ nap

kezelőorvos aláírása

a beteg vagy törvényes képviselőjének
aláírása

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