

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT INVAZÍV / MAGAS KOCKÁZATÚ BEAVATKOZÁSHOZ

Beteg neve:	
Születési helye, ideje:	
TAJ -száma:	
Törvényes képviselő neve:	

**A, Beavatkozás megnevezése:** \_\_\_\_\_

Alulírott kijelentem, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni, a **tájékoztatásról lemondok**, a döntéseket a kezelőorvosomra bízom.

**Beleegyezem, illetve kérem a fentebb nevezett beavatkozás, illetve a szükségessé váló, elkerülhetetlen beavatkozások elvégzését.**

**B,** Alulírott, a jelen nyilatkozat aláírásával tanúsítom, hogy kezelőorvosom megfelelő, számomra érthető módon, részletesen tájékoztatott az alábbiakról:

- betegségem orvosi megítéléséről, természetéről, mely kórisme szerint (magyarul):  
\_\_\_\_\_
- javasolt vizsgálat, beavatkozás: \_\_\_\_\_
- a javasolt vizsgálatról, beavatkozásról és annak kockázatairól, szövődményeiről
- a javasolt vizsgálat, beavatkozás elvégzésének vagy elmaradásának lehetséges előnyeiről és hátrányairól
- a javasolt vizsgálat, beavatkozás tekintetében döntési jogomról
- a javasolt vizsgálat, beavatkozás elvégzésének tervezett időpontjáról
- a javasolt vizsgálat, beavatkozás folyamatáról és várható kimeneteléről
- az esetemben szóba jöhető vizsgálat, beavatkozás legfontosabb következménye, mellékhatása, szövődménye lehet még (a tájékoztatóban leírtakon felül):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről, valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről
- további ellátásokról és a továbbiakban javasolt életmódról.

**További**

**kérdéseim:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Szóban feltett kérdéseimre megfelelő, számomra érthető választ kaptam, melyeket megértettem és kijelentem, hogy több kérdésem nincs.
- Kijelentem, hogy kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon, fenyegetéstől és kényszertől mentesen dönthessek arról, hogy milyen kezelést szeretnék.

- Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, melyek kedvezőtlenül befolyásolhatják a várható gyógyulásumat, ezekért az orvosaimat felelősség nem terheli.
- Tudomásul veszem és beleegyezem a beavatkozás azon változásaiába is, mely a beavatkozás alatti szükséghelyzetben adódhatnak. Beleegyezem a szükséghelyzetben adandó vér (transzfúzió esetén külön beleegyező nyilatkozat aláírásába), gyógyszer, kábítószer vagy más anyagok adásába, valamint az orvosok által szükségesnek tartott vizsgálati eljárások alkalmazásába.
- Tudomásom van arról, hogy a beavatkozás elvégzésébe való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. Az emiatt bekövetkező egészségromlásért, egyéb hátrányos következményekért minden felelősség engem terhel. Tudomásom van arról, hogy alapos ok nélküli visszavonás esetén kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.
- Tudomásom van arról, hogy az 1997.évi CLIV törvény 18§ (1). bekezdése alapján, ha az invazív beavatkozás során annak olyan kiterjesztése válik szükségessé, amely előre nem látható, az erre irányuló beleegyezés hiányában a beavatkozás kiterjesztése – a 18§ (2). bekezdés szerinti eset kivételével – akkor végezhető el, ha azt
  - a) sürgős szükség fennállása indokolja vagy
  - b) ennek elmaradása a beteg számára aránytalanul súlyos terhet jelentene.

*18§ (2). Amennyiben a beavatkozás (1) bekezdés szerinti kiterjesztése valamely szerv vagy elvesztéséhez, vagy funkciójának teljes kieséséhez vezetne, a beavatkozás kiterjesztése – az abba történő beleegyezés hiányában – csak közvetlen életveszély vagy az (1) bekezdés b) pontja szerinti esetben végezhető el.*

- Tudomásul veszem, és elfogadom, hogy a vizsgálatot, beavatkozást a szervezeti egység vezetője vagy annak megbízottja által kijelölt orvos, illetve orvoscsoport végzi el.
- **A fenti tájékoztatás kellő mérlegelése alapján beleegyezem, illetve kérem a fentebb megnevezett vizsgálat, beavatkozás, illetve a szükségessé váló, elkerülhetetlen beavatkozások elvégzését.**

**Aláírással igazolom A/B\* rész hitelességét:**

Kelt: Ózd, \_\_\_\_\_

-----  
Kezelőorvos aláírása, P.h.

-----  
Beteg vagy törvényes képviselő  
aláírása

\*megfelelő rész egyértelműen megjelölendő

*A beteg helyett törvényes képviselő (hozzátartozó) csak korlátozott vagy teljes cselekvőképzetlenség esetén adhatja beleegyezését.*

Szóbeli nyilatkozat esetén, két tanú aláírása:

Név:	Név:
Sz.ig.szám:	Sz.ig.szám:
Lakcím:	Lakcím:
Aláírás:	Aláírás: