

Az újszülött kezelését a mater szülészeti írásbeli beleegyezése alapján vagy ennek hiányában, a szakma szabályai szerint kezdjük meg.

Dátum: \_\_\_\_\_ Aláírás: \_\_\_\_\_

#!KORHNEV;

#!KORHCIM;

#!AKTOSZTALYNEVE;

Osztályvezető főorvos: #!OSZTVEZFOORVNEV; #!OSZTVEZFOORVPROP(4);

OEP KÓD: #!APOSZTKOD;

Tel.: #!OSZTTEL;

## SZÜLŐI BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott (név) tanusítom, hogy engem #!KEZORVPROP(3); #!KEZORVPROP(1); kellő mértékben felvilágosított gyermekem #!NEV; (#!SZULIDO;)

1. Feltételezett/ biztos betegségéről:

2. A betegség pontos tisztázása érdekében elvégzendő vizsgálatok természetéről:

- fizikális (testi) vizsgálat
- testváladékok vétele (orr, torok, vizelet, széklet, fül, gyomorváladék)
- vérvétel
- geinccsapolás
- képalkotó eljárások, műszeres vizsgálatok (rtg., UH, EKG, EEG, izotópos vizsgálat, CT, MRI, kontrasztanyag vizsgálatok, érfestéses vizsgálat)
- gégetükrözés
- hólyag katéterezés
- szemészeti, fülészeti vizsgálat
- egyéb:

3. Javasolt gyógymódokról:

- gyógyszeres kezelés - szájon át - vénán át
- infúziós kezelés (folyadékbevitel köldökereken, vagy vénán vagy perifériás kisereken át)
- vérértömlesztés, plasmakészítmények adása, cseréléses transfúzió
- légzéstartogatás (géppel vagy orrkanülön át)
- surfactant (felületi feszültség csökkentő anyag) légsőbe való adása
- dobhártya felszúrása, váladék leszívása
- sebészeti vénabiztosítás
- fénykezelés
- mellkascsővezés
- műtéti beavatkozás (ehhez külön beleegyezés szükséges a műtéti és anaesthesiológiai osztályon)

4. A szükséges konziliáris vizsgálatokról:

5. Másik intézetbe való áthelyezésről:

6. A vizsgálatok és beavatkozások lehetséges kockázatairól és következményeiről:

7. A lehetséges egyéb eljárásokról:

8. Beleegyezem, hogy gyermekemnél bizonyos esetekben a beavatkozás és terápia zavartalan kivitelezése, folytatása érdekében testrészt rögzítsék.

9. Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhat előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógygyeredményt kedvezőtlenül befolyásolják.

10 Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy távollétemben gyermekem kivizsgálásában és kezelésében a döntést a kezelőorvosra bízom.

#!KORHCIMVAROS; #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

.....  
kezelőorvos

.....  
a beteg törvényes képviselőjének aláírása

Törv. képv. neve: #!HNEV;

Születési ideje:

Születési helye:

Lakcíme: #!HIRSZAM; #!HVAROS; #!HUTCA;

#!NEV; #!AKTDATUM;

.....		.....	
(1) Tanu aláírása		(2) Tanu aláírása	
(1) Tanu neve:	.....	(2) Tanu neve:	.....
Születési dátum:	.....	Születési dátum:	.....
Lakcím:	.....	Lakcím:	.....

A felajánlott vizsgálatokba és kezelésekre nem egyezem bele és tudomásul veszem, hogy a bekövetkező szövődményekért ill. a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

#!KORHCIMVAROS; #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

.....		.....	
kezelőorvos		a beteg törvényes képviselőjének aláírása	
		Törv. képv. neve:	#!HNEV;
		Születési ideje:	
		Születési helye:	
		Lakcíme:	#!HIRSZAM; #!HVAROS; #!HUTCA;

Tájékoztatjuk arról, hogy kórházunkban a közalkalmazotti jogviszonyban dolgozó munkatársak mellett a kórházal szerződésben álló orvosok és szakszolgálatok is tevékenykednek. Így az Ön gyógykezelése kapcsán (műtétek-, diagnosztikai és terápiás beavatkozások) Önt a kórházunkkal vállalkozási jogviszonyban lévő munkatársak is elláthatják. Ezt a tényt az Önre vonatkozó egészségügyi dokumentációk tartalmazzák. Amennyiben ezzel kapcsolatos részletes felvilágosítást kér, úgy ezt a kezelőorvosa vagy osztályos orvos megadhatja.