

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT¹

Alulírott #!NEV; (név) **#!SZULIDO;** (szül.idő) – tanúsítom, hogy engem dr. **#!FFELVORVPROP(1);** kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. A betegségeről, mely kórisme szerint: érlemeszesedés, az alsó és felső végtag erein, az agyat ellátó erekben.
2. A javasolt vizsgálatról, mely érfestés, annak kockázatairól: kontrasztanyag érzékenység, vérzés, érelzáródás. Ezen eljárás más vizsgálattal nem helyettesíthető, enélkül érműtét nem végezhető.
3. A javasolt gyógymód kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájkoztatni.
- * Tudomásul veszem, hogy szakszerűen végzett AG esetén is előfordulhatnak az alábbi előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják: vérzés, allergiás reakció, mely az életet is veszélyeztetheti. A vezető katéter lesodorhat vérrögöt vagy meszet, melyet a véráram elsodorhat és távolabb érelzáródást okozhat.
- * Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott vizsgálatok bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelés során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.
- * A kezelésbe (műtétbe stb.) való beleegyezésem a tájékoztatás megértése alapján minden kényszerből mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam az érfestést elvégezzék.
- * Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Ezért a döntéseket kezelőorvosaimra bízom. (Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézírásával megismételten leírva, majd aláírva az okirat végén kérjük erősítse meg. E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondása érvénytelen.)
4. ² Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:
 - a).Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat betegségeről teljes körűen tájékoztassák:
.....
.....
 - b).Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségeről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:
.....
.....
 - c).Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségeről kérésükre se tájékoztassák:
.....
.....

FELHÍVJUK FIGYELMÉT, HOGY ANGIOGRAPHIÁS VIZSGÁLAT CSAK ABBAN AZ ESETBEN INDOKOLT ÉS VÉGEZHETŐ EL, HA AZ UTÁNA FELMERÜLŐ MŰTÉTET IS VÁLLALJA!

Miskolc, **#!FELVIDO;**

.....
A kezelőorvos aláírása

.....
A beteg vagy törvényes képviselő aláírása
Lakcíme: **#!BVAROS;** **#!BUTCA;**

¹ Korlátozottan cselekvőképes, illetőleg cselekvőképtelen beteg esetén a nyilatkozatot a törvényes képviselő (hozzátartozó) adja. Korlátozottan cselekvőképes beteg esetén javasolható a beteg önálló nyilatkozattétele is, ez azonban a törvényes képviselő (hozzátartozó) nyilatkozatát nem pótolja.

² Hozzá tartozó nyilatkozattételére a 4. pontban szereplő kérdések körében nincs mód.

* Nem kívánt rész törlendő.