

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Név:	Törzsszám:
Születési hely, idő:	TAJ:
Anyja neve:	Felvéve:
Lakcím:	

Alulírott , tanúsítom, hogy engem dr.
kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. A betegségről, mely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul): *hangszalagpolyp*
2. A javasolt gyógymódról, mely *Hangszalag polyp eltávolítása altatásban*
(magyarul):

annak kockázatairól: *Vérzés, Rekedtség, légcsőmetszés, nehéz légzés, fogsérülés*
és a helyette alkalmazható gyógymódokról, mint:

valamint azok ismert gyakori és ritka kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és más szóbaejövő
kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait is.

A műtéthez érzéstelenítésre, altatásra van szüksége, melynek biztosítása a Kórház
feladata.

a.)Az Ön érzéstelenítését, illetve altatását a kórházzal megbízási jogviszonyban lévő

BT., Kft., Kht., egyéni vállalkozó,

ezen belül is Dr.

fogja elvégezni.

b.)Az Ön érzéstelenítését, illetve altatásátKórház Központi Anaeszteziológiai és
Intenzív Terápiás Osztályának orvosa és szakdolgozója fogja elvégezni.

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

3. A javasolt gyógymód kockázatairól, lehetséges gyakoribb és a ritkán, de előforduló szövődményeiről és várható
következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő számlát kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz,
hogy szabadon döntsék arról, milyen kezelést szeretnék. Tájékoztatott arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész
engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

4. Tájékoztatjuk arról, hogy kórházunkban a közalkalmazotti jogviszonyban dolgozó munkatársak mellett a kórházzal
vállalkozási szerződésben álló orvosok és szakdolgozók is tevékenykednek. Így 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 kezelőorvosa vagy osztályos orvosa megadja.

.....
a felvilágosítást végző orvos aláírása

Miskolc, év..... hónap nap

.....
beteg olvasható aláírása

.....
vagy a törvényes képviselő aláírása (2)

Beteg neve:
Születési ideje:
Születési helye:
Lakcíme:

Törv. képv. neve:
Születési ideje:
Születési helye:
Lakcíme:

(1) X-eléssel jelölje meg!

(2) cselekvőképesség hiányában, vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett CSAK a törvényes képviselő írhatja alá vagy a bejegyzés jogának gyakorlása - közokiratban, teljes bizonyító erejű magánokiratban, vagy írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében megtett nyilatkozattal - megnevezett cselekvőképes személy nem törvényes képviselő.

Az Eü. törvény 15.§ (5) bekezdése szerint az intenzív beavatkozásokhoz a beteg, írásbeli, vagy - amennyiben erre nemképes - két tanú együttes jelenlétében, szóban, vagy más módon megtett nyilatkozata szükséges.

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

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