



**BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLÉN MEGYEI KÖZPONTI KÓRHÁZ  
ÉS EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ**

**FÜL-ORR-GÉGÉSZETI ÉS FEJ-NYAKSEBÉSZETI OSZTÁLY**

*Osztályvezető főorvos: Dr. Karosi Tamás Ph.D. H.Sc.*

3526 Miskolc, Szentpéteri Kapu 72-76.

Tel: +36 46 515-200, Fax: +36 46 323-694, E-mail: [fogege@bazmkorhaz.hu](mailto:fogege@bazmkorhaz.hu)



**BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT**

<b>Név:</b>	<b>Törzsszám:</b>
<b>Születési hely, idő:</b>	<b>TAJ:</b>
<b>Anyja neve:</b>	<b>Felvéve:</b>
<b>Lakcím:</b>	

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

1. A betegségemről, mely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul): *arccsonttörés, mandibulatörés, orrcsonttörés*
2. A javasolt gyóymódról, mely *Repositio*  
(magyarul):

annak kockázatairól: *Deformitás az arcon, elhúzódo gennyedés, zsibbadások az arcon, szájzárási tökéletlenség, csont forradásának tökéletlensége.*

és a helyette alkalmazható gyóymódokról, mint:

valamint azok ismert gyakori és ritka kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és más szóabajövö 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 altatását a .....Kórház Központi Anaesteziológiai 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 gyóymkezelése 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 gyóym mód kockázatairól, lehetséges gyakoribb és a ritkán, de előforduló szövödményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő számlát kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék arról, milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattak 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 gyóymkezelése 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: .....