



**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



BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

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

1. A betegségeről, mely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul):
2. A javasolt gyógy módról, mely (magyarul): **műtéti ellátás**
annak kockázatairól: **utóvérzés, sebgyógyulási zavar, fogak és egyéb szövetek sérülése**
és a helyette alkalmazható gyógy módookról, mint:
valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és más szóba jövo kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait is.
3. A javasolt gyógy mód kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövódményeiről 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 tájékoztatni.
*Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak az alábbi előre nem várható szövódmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják (a beteg aláírása előtt az orvos tölti ki):
*Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelése bármelyikének, vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelés során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövódményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.
*A kezelésbe (műtétbe, stb.) való beleegyezésemet a tájékoztató megértése alapján minden kényszeről mentesen adom. Ennek *alajján* kérem, hogy rajtam az alábbi kezelést (műtétet) elvégezzék:
*Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy betegséger természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Ezért a döntéseket kezelőorvosaimra bízom. (Ezt a nyilatkozatot – elfogadás esetén – kézírásával megismételten leírva, majd aláírva az okirat végén kérjük erősítse meg. E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatóról való lemondása érvénytelen.)
*A nem kívánt rész törlendő!

4. Tájékoztattuk 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

Beteg neve:
Születési ideje:
Születési helye:
Lakcíme:

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

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 beleegyezés jogának gyakorlása - közokiratban, teljes bizonyító erejű magánokiratban, vagy írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében megített 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: