

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott (szülő, törvényes képviselő) tanúsítom, hogy engem **nevé** gyermekemmel kapcsolatban **Dr.....**; kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. Gyermekelem betegségéről, mely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul): **alacsony növés, növekedési hormon rezerv vizsgálatok elvégzése**

A terheléssel kapcsolatos lehetséges szövődményekről és várható következményeiről:

2. A javasolt gyógyomódról, mely (magyarul): **clonidin és inzulin terhelés növekedési hormon csúcskoncentrációk meghatározásához**

annak kockázatairól

**aluszékonyság, alacsony vércukor, verejtékezés, izzadás, éhség érzet, tudatállapot változás**

valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és más szóba jövő kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait is.

3. A szükséges laboratóriumi és egyéb vizsgálatokról: **branül behelyezés, vénás vérvételek, sz.e. ujjbegyes vércukor meghatározás, sz.e. cukros infúzió adása**

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy gyermekelem betegségét és lehetséges szövődményeit, a kezelést és kockázatait megértsem, szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam. Tudomásul veszem, hogy a szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, melyről a kezelőorvos folyamatosan kész engem tájékoztatni.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezeléseket 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.

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.

Olvasásra átadott mellékletek száma/címe:

Miskolc,

.....  
a felvilágosítást végző orvos aláírása

.....  
szülő / a törvényes képviselő aláírása (1)

Törv. képv. neve:

Születési ideje:

Születési helye:

Lakcíme:

(1) megfelelő aláhúzendó

(A dokumentumot a MedWorkS rendszerben rögzítette: