

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott #!NEV; tanúsítom, hogy engem dr.#!KEZORVPROP(1); kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. A betegségemről, mely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul): **hasi főverőér tágulat**
2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul): **helyreállító érműtét, érpótlás**
annak kockázatairól: **vérzés, sebfertőzés, sebgyógyulási zavar, ismételt elzáródás, végtagvesztés**

és a helyette alkalmazható gyógymódokról, mint:

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

A műtéthez érzéstelenítésre, altatásra van szüksége, melynek biztosítása a #!KORHNEV; 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 #!KORHNEV; Központi Anaesthesiológiai és Intenzív Terápiás Osztályának orvosa és szakdolgozója fogja elvégezni.

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. 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 szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják (a beteg aláírása előtt az orvos tölti ki): **vérzés, sebfertőzés, sebgyógyulási zavar, érzéstelenítési, altatási szövődmények, vérzésses shock, keringési, légzési elégtelenség, végtagvesztés**

*Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelése bármelyikének, vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem 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 beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom. Ennek *alapján* kérem, hogy rajtam az alábbi kezelést (műtétet) elvégezzék: **helyreállító érműtét, érpótlás**

*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 – elfogadás esetén – kézírásával megismételten leírva, majd aláírva az okirat végén kérjük erősítse meg. E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról 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

#!KORHCIMVAROS;, #!AKTDATUM;

.....
beteg olvasható aláírása

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

Beteg neve: #!NEV;
Születési ideje: #!SZULIDO;
Születési helye: #!BSZULHELY;
Lakcíme: #!BIRSZAM; #!BVAROS; #!BUTCA;

Törv. képvis. neve: #!HNEV;
Születési ideje:
Születési helye:
Lakcíme: #!HIRSZAM; #!HVAROS; #!HUTCA;

(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 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

.....
(2) Tanu aláírása

(1) Tanu neve:

(2) Tanu neve:

Születési dátum:

Születési dátum:

Lakcím:

Lakcím:

(A dokumentumot a MedWorkS rendszerben rögzítette: #!AKTUSERNEVE; #!AKTUSERKODJA;)