

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Név:	#!NEV;	Törzsszám:	#!TORZSSZAM;
Születési hely, idő:	#!BSZULHELY; #!SZULIDO; (#!BELETKORA; éves)	TAJ:	#!TAJ_TAGOLT;
Anyja neve:	#!BANYJANEVE;	Felvéve:	#!FELVIDO;
Lakcím:	#!BIRSZAM; #!BVAROS; #!BUTCA;		

Alulírott #!NEV; tanúsítom, hogy engem dr.#!KEZORVPROP(1); kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:  
1. A betegségeről, 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, szájjárási tökéletlenség, csont forradásának tökéletlensége.*

és a helyette alkalmazható gyóymódokról, 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 szükség, 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 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 gyóymód 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 döntsek 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

#!KORHCIMVAROS;, #!AKTDATUM;

.....  
beteg olvasható aláírása

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

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

Törv. képv. 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 megtegt 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 megtegt nyilatkozata szükséges.

.....  
(1) Tanú aláírása

(1) Tanú neve: .....  
Születési dátum: .....  
Lakcím: .....

.....  
(2) Tanú aláírása

(2) Tanú neve: .....  
Születési dátum: .....  
Lakcím: .....

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