

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT ¹

Alulírott:#!NEV; (név) #!SZULIDO; (szül. idő)

TAJ: #!TAJ_TAGOLT; - tanúsítom, hogy engem dr.

közalkalmazotti / vállalkozó orvosi minőségben felvilágosított az alábbiakról:

1. A betegségemről, mely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul):

.....

.....

2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul):.....

annak kockázatairól:

és helyette alkalmazható gyógymódokról, mint:

.....

.....

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

3. A javasolt gyógymód kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ 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 szövőd-mények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják (a beteg aláírása előtt

az orvos tölti ki):.....

.....

.....

* Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelésekből 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 kényszerből mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam az alábbi kezelést (műtétet) elvégezzék:**

*** 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 - elfogadása esetén - kézírásával megismételten leírva, majd aláírva az okirat végén kérjük erősítse meg. E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondása érvénytelen.)**

4.² Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

a.) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:

.....

.....

b.) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal

tájékoztassák:

.....

.....

c.) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről kérésükre se tájékoztassák:

.....

.....

A kórház házirendjében foglalt szabályokat megismertem, azokat gyógykezelésem alatt betartom. Tudomásul veszem, hogy a házirendben foglalt szabályok megsértése esetén - amennyiben egészségi állapotom azt nem zárja ki - a kórház a gyógykezelésem megszakíthatja és elbocsájtja.

Miskolc,.....

.....

A kezelőorvos aláírása

.....

A beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása
Lakcíme:

¹ Korlátozottan cselekvőképés, illetőleg cselekvőképtelen beteg esetén a nyilatkozatot a törvényes képviselő (hozzátartozó) adja. Korlátozottan cselekvőképés beteg esetén javasolható a beteg önálló nyilatkozattétele is, ez azonban a törvényes képviselő (hozzátartozó) nyilatkozatát nem pótolja.

² Hozzá tartozó nyilatkozattételére a 4. pontban szereplő kérdések körében nincs mód.

* Nem kívánt rész törlendő.