

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott #!HNEV; (szülő, törvényes képviselő) tanúsítom, hogy engem #!NEV; nevű gyermekemmel kapcsolatban #!FFELVORVPROP(3);#!FFELVORVPROP(1); kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. Gyermekem betegségéről, mely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul): **asztma, barlangterápia**

A betegséggel kapcsolatos lehetséges szövődményekről és várható következményeiről: **nehézlégzés, fulladás**

2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul): **hörgőtágító kezelés (vénán át, szájon át, végbélen át)**

annak kockázatairól:

túlérzékenységi reakció, szapora szivverés

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

3. A szükséges laboratóriumi és egyéb

vér-vizeletvizsgálat, fül-orr-gégészeti vizsgálat, röntgen, ultrahang,

vizsgálatokról:

bőrteszt, verejték vizsgálat, légzésfunkciós vizsgálat

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy gyermekem 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 kezelések 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.

Tájékoztatjuk 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:

.....
a felvilágosítást végző orvos aláírása

Miskolc,#!AKTDATUM;

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

Törv. képv. neve: #!HNEV;

Születési ideje:

Születési helye:

Lakcíme:#!HIRSZAM; #!HVAROS; #!HUTCA;

(1) megfelelő aláhuzandó

(A dokumentumot a MedWorkS rendszerben rögzítette:#!ADATROGZITONEV;#!ADATROGZITOKOD;