

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

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

1. Gyermekem betegségéről, mely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul): **vírus fertőzés/ infectio virosa**

A betegséggel kapcsolatos lehetséges szövődményekről és várható következményeiről: **tüdőgyulladás, középfül gyulladás, hörghurut**

2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul): **lázcsillapítás ( vénán át, szájon át, végbélen át), sz.e. iv. folyadékpótlás ,megfigyelés**

annak kockázatairól:

**allergia**

valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és más szóbaeső kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait is. **vérvétel helyén vénagyulladás**

3. A szükséges laboratóriumi és egyéb **vérvizsgálat, sz.e.mikrobiológiai vizsgálat, röntgen, ultrahang,** vizsgálatokról:

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy gyermekem betegségét és lehetséges szövődményeit, a kezelést és kockázatait megértssem, 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.

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:

.....  
a felvilágosítást végző orvos aláírása

Miskolc,

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

Törv. képv. neve:

Születési ideje:

Születési helye:

Lakcíme:

(1) megfelelő aláhúzendő

(A dokumentumot a MedWorkS rendszerben rögzítette:)