

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT ¹

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

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

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

2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul): **műtét, eltávolítás**.....

annak kockázatairól: **vérzés, gyulladás, sebgyógyulási zavar, bénulás**

és a helyette alkalmazható gyógymódokról, mint:.....

valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és más szóbjövő 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 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.

*A kezelésbe (műtétbe, stb.) való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam az alábbi kezelést (műtétet) elvégezzék:

.....**eltávolítás**.....

* 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 tájékoztatásáról való lemondása érvénytelen.)

4. ²Hozzátartozóim 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 tájékoztassak:.....

#!KORHNEV;

#!APOSZTNEV; Osztály
Költséghely kódja:.....

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT ¹

Alulírott #!NEV;

(név) #!SZULIDO; (szül. idő) TAJ:#!TAJ_TAGOLT;

5. 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.

Miskolc,.....

.....
A kezelőorvos aláírása

.....
A beteg vagy törvényes képviselő aláírása,
lakcíme:

Neve: Dr. #!KEZORVPROP(1);
Pecsétszáma: #!KEZORVPROP(2);

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

² Hozzátartozó nyilatkozattételére a 4. pontban szereplő kérdések körében nincs mód.

* Nem kívánt rész törlendő.

