



**Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház**

**Semmelweis Tagkórház**

3529 Miskolc, Csabai kapu 9-11.

Tel.: (46) 555-666

**Tüdőgyógyászati osztály**

*Osztályvezető főorvos: Dr. Csánky Eszter Ph.D.*

Tel/fax: +36 46 555-648

## ONKOLÓGIAI BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BETEGBELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott (név) (szül. idő).....

TAJ:.....- tanúsítom, hogy engem

dr. .... kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

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

.....  
.....  
.....

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

.....

Annak a kockázatairól:.....

.....

és a helyette alkalmazható gyógymódokról. ....

.....

azok ismert kockázatairól és következményeiről. Ismertette az orvos az ajánlott és más szóba jöhető kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait is.

Tájékoztatjuk arról, hogy Kórházunkban a közalkalmazotti jogviszonyban dolgozó munkatársak mellett a Kórházzal vállalkozási szerződésben álló orvosok és szakdolgozók is tevékenykednek. Így az Ön gyógykezelése 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 részletes felvilágosítást kér, úgy ezt a kezelőorvosa vagy osztályos orvosa megadja.

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 döntsek 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 előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyulási eredményt, és a gyógyuláshoz szükséges időtartamot 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 betegromlása miatt azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

\* 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. Hozzártartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem: Hozzártartozó nyilatkozattételére a ezen kérdések körében nincs mód.

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 gyógykezelésemet megszakíthatja és elbocsájtja.

Miskolc, .....

A fentiek alapján kijelentem, hogy a kapott tájékoztatás alapján a tervezett gyógykezelésbe beleegyezem:

.....  
Kikérdező asszisztens/nővér aláírása

.....  
( )  
vizsgálóorvos aláírása

.....  
beteg olvasható aláírása  
Beteg neve:  
Születési ideje:

.....  
vagy a törvényes képviselő aláírása  
Törv. képvis. neve:  
Születési ideje: