

Fül-orr-gégészet BAZ Osztályvezető főorvos:	OEP KÓD: 056310601 Tel.: (46)515-200/11261
--	---

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Név:			
Születési hely, idő:		TAJ:	
Anyja neve:		Felvéve:	
Lakcím:			

Alulírott tanúsítom, hogy engem dr..... kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. A betegségemről, mely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul): Alvási apnoe, Horkolás, Alvászavar

2. A javasolt diagnosztikai módszerről, mely (magyarul):	Poligráfias vizsgálat
annak kockázatairól:	Sikertelen mérés

ismertette az ajánlott és más szóbajövő kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait is.

3. A javasolt gyógymód kockázatairól, lehetséges gyakoribb és a ritkán, de előforduló 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.

4. 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.

5. Amennyiben az orvos döntése alapján indokolt meghatározott időtartamra (24 órára) poligráf (Boppel Porti 7) készüléket ad kölcsönbe a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Osztálya (a Szolgáltató) a Páciensnek, melyet a Páciens a Szolgáltatóval egyeztetett időtartamra kölcsönvesz. Az eszközt a Páciens kölcsönbe kapja, a meghatározott célból és időtartamra, melyet a határozott időtartam lejártával köteles a Szolgáltatónak visszaadni. Az átvett készülék a Szolgáltató tulajdonát képezi. A Páciens az eszközt a beleegyző nyilatkozat aláírása után veheti át, és viheti el magával a visszaadási kötelezettség terhe mellett. Az eszközt a Páciens hibátlan és rendeltetésszerű használatra alkalmas állapotban összes tartozékával együtt köteles a Szolgáltatónak visszaadni.

A Páciens tudomásul veszi, hogy az eszköz visszaszolgáltatásának elmulasztása büntetőjogi felelősséget von maga után.

	...
	a felvilágosítást végző orvos aláírása

Miskolc,

.....
beteg olvasható aláírása	vagy a törvényes képviselő aláírása (2)
Beteg neve:	Törv. képv. neve:
Születési ideje: .	Születési ideje:
Születési helye:	Születési helye:
Lakcíme:	Lakcíme:

(1) X-eléssel jelölje meg!

(2) cselekvőképesség hiányában, vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett CSAK a törvényes képviselő írhatja alá vagy a bejegyzés jogának gyakorlása - közokiratban, teljes bizonyító erejű magánokiratban, vagy írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében megtett nyilatkozattal - megnevezett cselekvőképes személy nem törvényes képviselő.

Az Eü. törvény 15.§ (5) bekezdése szerint az intenzív beavatkozásokhoz a beteg, írásbeli, vagy - amennyiben erre nemképes - két tanú együttes jelenlétében, szóban, vagy más módon megtett nyilatkozata szükséges.

.....
(1) Tanu aláírása	(2) Tanu aláírása
(1) Tanu neve:	(2) Tanu neve:
Születési dátum:	Születési dátum:
Lakcím:	Lakcím:

(A dokumentumot a MedWorkS rendszerben rögzítette:)

Fül-orr-gégészeti BAZ	OEP KÓD: 056310601
<i>Osztályvezető főorvos:</i>	<i>Tel.:(46)515-200/11261</i>