

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT¹

Alulírott #!NEV; (név) **#!SZULIDO;** (szül.idő) – tanusítom, hogy engem **dr. #!FFELVORVPROP(1);** kellő

mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. A betegségemről, mely kórisme szerint érlemeszesedés, jelentős szűkület.
2. A javasolt gyóymódról, mely katéteres, ballonos értágítás, annak kockázatairól: kontrasztanyag érzékenység, vérzés, érelzáródás, és a helyette alkalmazható gyóymódokról mely csak műtéttel helyettesíthető, valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és más szóba jövő kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait is.
3. A javasolt gyóymód 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 szakszerűen végzet PTA esetén is előfordulhatnak az alábbi előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyóymeredményt (gyóymtartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják: vérzés, érelzáródás, allergiás reakció, mely az életet is veszélyeztetheti. A vezető katéter lesodorhat vérrögöt vagy meszet, melyet a véráram elsodorhat és távolabb érelzáródást is okozhat.
- * Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelése bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyóymeredmény 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 értágítást elvégezzék.
- * Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy betegsémem természetéről, gyóymkezelésem részleteiről, különösen pedig gyóymulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Ezért a döntéseket kezelőorvosomra 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.)
- 4.² Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:
 - a). Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat betegsémemről teljes körűen tájékoztassák:
.....
 - b). Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegsémemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:
.....
 - c). Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegsémemről kérésükre se tájékoztassák:
.....

Miskolc, **#!FELVIDO;**

.....
A kezelőorvos aláírása

.....
A beteg vagy törvényes képviselő aláírása
Lakcíme: **#!BVAROS;** **#!BUTCA;**

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 Hozzá tartozó nyilatkozattételére a 4. pontban szereplő kérdések körében nincs mód.

*Nem kívánt rész törlendő.