

#!KORHNEV;
H-3501 Miskolc, Szentpéteri kapu 72.
Klinikai Onkológiai és Sugárterápiás Centrum
OEP kód : #!APOSZTKOD;
Telefon: (46) 515-313 Telefax: (46) 324-409

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

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

1. A betegségről, mely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul): **Fej-nyaki rosszindulatú daganat**

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

annak kockázatairól:

és a helyette alkalmazható gyógymódokról, mint:

valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és más szóbaeső 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 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 az alábbi előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják (a beteg aláírása előtt az orvos tölti ki: *vérképromlás, bőrgyulladás, nyálkahártya gyulladás, nyelési zavar, szájszárazság, ízérezavar, szőrzethullás*

*Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelésekből bármelyikének, vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelés 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 beleegyezésem a tájékoztatás megértése alapján minden kényszeről mentesen adom. Ennek *alapján* kérem, hogy rajtam az alábbi kezelést (műtétet) elvégezzék: **Sugárkezelés**

*Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy betegsége természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Ezért a döntéseket kezelőorvosaimra bízom. (Ezt a nyilatkozatot – elfogadás esetén – kézírásával megismételve leírva, majd aláírva az okirat végén kérjük erősítse meg. E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondása érvénytelen.)

*A nem kívánt rész *törlendő!*

4. Hozzáartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

(Hozzáartozó nyilatkozattételére a 4. pontban szereplő kérdések körében nincs mód.)

a.)Az alább megnevezett hozzáartozóimat betegségről teljes körűen tájékoztassák:#!HNEV; #!HROKFOK; #!HIRSZAM; #!HVAROS; #!HUTCA; #!HTEL;

b.)Az alább megnevezett hozzáartozóimat betegségről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:

c.)Az alább megnevezett hozzáartozóimat betegségről kérésükre se tájékoztassák:

5. 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.

.....
a felvilágosítást végző orvos aláírása

#!KORHCIMVAROS;, #!AKTDATUM;

.....
beteg olvasható aláírása

.....
vagy a törvényes képviselő aláírása

Beteg neve: #!NEV;

(A dokumentumot a MedWorkS rendszerben rögzítette: #!AKTUSERNEVE; #!AKTUSERKODJA;)

E-MK 2016-81a/16