

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktató Kórház

Semmelweis Tagkórház, 3529 Miskolc, Csabai kapu 9-11.

Telefon: (46) 515-200 Fax: (46) 515-236 E-mail: mail@bkeok.hu

SEMMEIWEIS Urológia szakrendelés SZUROKÖZPONT

Osztályvezető főorvos:

OEP KÓD: 056321108

Tel.: (30)421-7787

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Tisztelt Betegünk!

Köszönjük, hogy bizalommal fordult hozzánk panaszaival. Tekintettel arra, hogy Ön a betegsége természetéről a gyógykezelése részleteiről tájékoztatást kért kérjük, hogy az alábbi tájékoztatót szíveskedjen figyelmesen elolvasni. Kérjük, hogy a betegségével és gyógykezelésével kapcsolatos minden kérdését tegye fel kezelő orvosának annak érdekében, hogy a gyógykezelésére vonatkozó döntését kellő ismeretanyag alapján hozza meg.

A betegsége jellemzőinek rövid ismertetése:

Javasolt gyógymód, valamint annak előnyei, hátrányai:

A műtét várható következményei, kockázata, gyakoribb szövődményei

A javasolt beavatkozás elmaradásának előnye, hátrányai következményei

A 2.) pontban javasolt helyett szóba jöhető gyógymód előnyei, hátrányai

3/a.) A műtét helyett alkalmazható gyógymód várható következményei, kockázata, gyakoribb szövődményei:

4.) Kijelentem, hogy a fentiek, valamint a szóban kapott részletes tájékoztatás alapján a javasolt és a helyette alkalmazható gyógymód kockázatait és következményeit, valamint ezek gyakoribb szövődményeit megismertem és azokat mértettem. Kijelentem, hogy kellő megfontolás után szabad akarat elhatározással döntöttem arról, hogy:

(Kérjük X-szel jelölje)

- az intézet által felajánlott a 2.) pontban ismertetett beavatkozást elvégezzék és annak kockázatait vállalom
- az intézet által javasolt helyett a 3.) pontban ismertetett beavatkozást végezzék el és annak kockázatait vállalom.
- kijelentem, hogy kellő megfontolás után szabad akarat elhatározással döntöttem arról, hogy az intézet által felajánlott kezelés egyikét sem fogadom el és ennek következményeit vállalom.

5.) Tudomásul veszem az arról szóló tájékoztatást, hogy jogom van a felajánlott kezelések elutasítására, illetve a hozzájáruló nyilatkozatom visszavonására. Megértettem és tudomásul veszem, hogy ezen esetekben az egészségi állapotomban bekövetkezett minden káros következményért, a gyógyulás elmaradásáért a felelősség engem terhel.

6.) Tudomásul veszem, hogy az 1999 évi XLII. törvény értelmében az Intézmény területén csak a kijelölt helyeken szabad a dohányzás. A törvény megszegése szankciót von maga után, a kiírt büntetést az elkövetőre terhelik.

Miskolc,

.....
a kezelő orvos aláírása

.....
beteg olvasható aláírása

Beteg neve:
Születési ideje:
Születési helye:
Lakcíme:

.....
vagy a törvényes képviselő aláírása (1)
Törv. képvis. neve:
Születési ideje:
Születési helye:
Lakcíme:

(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.