

#!KORHNEV;

#!KORHCIM;

#!IAKTOSZTALYNEVE;

Osztályvezető főorvos: #!OSZTVEZFOORVNEV; #!OSZTVEZFOORVPROP(4);

OEP KÓD: #!APOSZTKOD;

Tel.: #!OSZTTEL;

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

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

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

2. A javasolt gyógmódról, mely (magyarul):

annak kockázatairól:

és a helyette alkalmazható gyógmódokról, mint:

valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és más szóbjövő kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait is.

3. A javasolt gyógmód kockázatairól, lehetséges gyakoribb 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.

*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):

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

*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 – elfogadás esetén – kézírásával megismételtel leírva, majd aláírva az okirat végén kérjük erősítse meg. E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondása érvénytelen.)

*A *nem kívánt rész törlendő!*

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.

.....
a felvilágosítást végző orvos aláírása

#!KORHCIMVAROS;, #!IAKTDATUM;

.....
beteg olvasható aláírása

Beteg neve: #!NEV;

Születési ideje: #!SZULIDO;

Születési helye: #!BSZULHELY;

Lakcíme: #!BIRSZAM; #!BVAROS; #!BUTCA;

.....
vagy a törvényes képviselő aláírása (2)

Törv. képvis. neve: #!HNEV;

Születési ideje:

Születési helye:

Lakcíme: #!HIRSZAM; #!HVAROS; #!HUTCA;

(1) X-eléssel jelölje meg!

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

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

.....
(1) Tanu aláírása

(1) Tanu neve:

Születési dátum:

Lakcím:

.....
(2) Tanu aláírása

(2) Tanu neve:

Születési dátum:

Lakcím:

(A dokumentumot a MedWorkS rendszerben rögzítette: #!IAKTUSERNEVE; #!IAKTUSERKODJA;)

E-MK 2001-69/16