

#!KORHNEV;
#!KORHCIM;

#!AKTOSZTALYNEVE;
Osztályvezető főorvos: #!OSZTVEZFOORVPROP(1);
#!OSZTVEZFOORVPROP(3);

OEP KÓD: #!AKTOSZTALY;
Tel.: #!OSZTTEL;

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Név: #!NEV;
Születési hely, idő: #!BSZULHELY; #!SZULIDO;
Anyja neve: #!BANYJANEVE;
Lakcím: #!BIRSZAM; #!BVAROS; #!BUTCA;

Törzsszám: #!TORZSSZAM;
TAJ: #!TAJ;
Felvéve:

Alulírott #!NEV; tanúsítom, hogy engem **dr. Szakos Erzsébet** kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. A betegségről, mely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul): **Haemangioma**
2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul): **Propranolol indikáción túli alkalmazása** annak kockázatairól: **vérnyomás keringés befolyásolása** és a helyette alkalmazható gyógymódokról, mint: **steroid** valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és más szóbajövő 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.
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

Miskolc, #!AKTDATUM;

.....
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; #!HROKFOK;
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 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) Tanú aláírása

(1) Tanú neve:
Születési dátum:
Lakcím:

.....
(2) Tanú aláírása

(2) Tanú neve:
Születési dátum:
Lakcím:

(A dokumentumot a MedWorkS rendszerben rögzítette: #!ADATROGZITONEV; #!ADATROGZITOKOD;)