



#!KORHNEV;
#!KORHCIM;

#!APOSZTNEV;

OEP KÓD: #!APOSZTKOD;

#!OSZTVEZFOORVPROP(3); #!OSZTVEZFOORVPROP(1); #!OSZTVEZFOORVPROP(4);

#!OSZTVEZFOORVPROP(5);

Tel.:#!OSZTTEL;

TÁJÉKOZTATÓ és BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Beteg neve: #!NEV;
Születési helye, ideje: #!BSZULHELY;, #!SZULIDO;
Anyja neve: #!BANYJANEVE;
Lakóhelye: #!BVAROS;, #!BUTCA;
TAJ száma: #!TAJ_TAGOLT;

A betegség megnevezése: Asthma bronchiale

A javasolt vizsgálat / beavatkozás / műtét / gyógymód: Barlangkúra,
hörgőtágító kezelés (vénán át, szájon át, végbélen át)

A műtét menete: -

A vizsgálat/beavatkozás/műtét/gyógymód kockázata, szövődményei: nehézlégzés, fulladás

A vizsgálat/beavatkozás/műtét/gyógymód elmaradásának/visszautasításának lehetséges következményei:

Helyette alkalmazható gyógymód:

Elismerem, hogy döntésem megkönnyítése érdekében kezelőorvosom személyesen és megfelelő terjedelemben tájékoztattott betegségelem természetéről, a javasolt vizsgálatokról, kezelésekről/műtétről, alkalmazható gyógymódról, illetve ezek elmaradásának kockázatairól. Tájékoztatót kaptam a beavatkozás várható eredményéről, az esetleges szövődményekről, az ellátás várható tartamáról, valamint az ellátást követően szükséges esetleges további gyógykezelésről, a javasolt életmódról.

A javasolt gyógymód kockázatairól, lehetséges szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam. Ennek megfelelően kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon és kényszermentesen dönthessek arról, milyen kezelést választok.

Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész tájékoztatót adni állapotomról, annak változásairól.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolják. Tudomással bírok arról, hogy az egészségügyi személyzetet a szövődményekért – a szakmai szabályok betartása esetén – felelősség nem terheli.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott vizsgálatok, kezeléseik bármelyikének visszautasítására. Ez esetben a kezelés során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért a kórházat felelősség nem terheli. Tudomásul veszem, hogy abban az esetben, ha az állapotomban olyan változás áll be, melynek ellátása meghaladja a Kórház kompetenciáját, vagy a gyógyulásom érdekében más társszakmák

képviselőjének –szülészet-nőgyógyászat, urológus, érsebész, sebész, belgyógyász, intenzív terápiás szakorvos, stb. - bevonása szükséges, akkor a progresszív betegellátás keretében az áthelyezésem is előfordulhat.

Kijelentem, hogy az írásbeli tájékoztatást, valamint a szóbeli felvilágosítást megértettem, megismertem az ajánlott és más szóba jövő kezelési eljárás előnyeit, hátrányait. További kérdésem nincs.

Nyilatkozom, hogy a kórház Házirendjét megismertem és vállalom az abban foglaltak betartását.

A vizsgálatba, kezelésbe való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján, minden kényszerből mentesen adom.

Fentiek alapján a **felajánlott vizsgálat/beavatkozás/műtét/gyógymód elvégzését ELFOGADOM / VISSZAUTASÍTOM***.

A műtéti kezelés során a **beavatkozás kiterjesztésébe BELEEGYZEM / NEM EGYEZEM BELE***.

BELEEGYZEM / VISSZAUTASÍTOM*, hogy a műtőben/kezelőben - oktatási célból – egészségügyi szakemberek/tanulók jelen lehessenek.

Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

- Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségről teljes körűen tájékoztassák:
- Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:
- Az alább megnevezett hozzátartozóimat kérésükre se tájékoztassák:

Miskolc, #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

.....
A kezelőorvos aláírása

.....
A beteg v. törvényes képviselőjének aláírása**

Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy **betegségről**, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról – fentieket meghaladóan - **nem kívánok további felvilágosítást kapni**. Ezért a döntéseket kezelőorvosomra bízom. (Ezen nyilatkozatomat – elfogadás esetén – kézírásommal megismételve alább leírom, és aláírással megerősítem. E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondásom érvénytelen).

.....
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása**

*A kívánt rész aláhúzendő.

* Az ellátás visszautasításának jogát – ha annak elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában súlyos, vagy maradandó egészségkárosodás következne be - a beteg kizárólag közokiratba vagy teljes bizonyító erejű magánokiratba foglaltan teheti meg.

Közokirat hiányában jelen okirat – a beteg aláírását elismervén - két tanú együttes aláírásával válik teljes bizonyító erejű magánokirattá.

Ennek megfelelően:

Előttünk, min tanúk előtt:

1./ Név: 2. Név.....
Lakcím: Lakcím:
Aláírás: Aláírás:

Cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén az ellátás visszautasításának joga – amennyiben súlyos vagy maradandó egészségkárosodással járna - az Eütv. 21. § (1) bekezdése alapján nem gyakorolható.

**Cselekvőképesség vagy korlátozott cselekvőképesség a beteg helyett csak a törvényes képviselő (hozzátartozó) írhatja alá