



BELEEGYZŐ NYILATKOZAT invazív vagy műtéti beavatkozásokhoz

A beteg adatai:		Korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen beteg törvényes képviselőjének (hozzátartozójának) neve:
név		
születés dátuma		
TAJ		

Alulírott jelen nyilatkozat aláírásával tanúsítom, hogy engem dr.
(a kezelést/beavatkozást végző orvos) megfelelő, számomra érthető módon, részletesen tájékoztatott az alábbiakról:

A betegség

megnevezése, kórisme

(magyarul)

A javasolt gyógymód,

kezelés (magyarul)

A javasolt gyógymód,

kezelés lehetséges

előnyei

A javasolt gyógymód,

kezelés lehetséges

kockázatai

A javasolt gyógymód,

kezelés elmaradásának

kockázatai

A javasolt gyógymód,

kezelés helyett

választható egyéb

gyógymódokról és azok

kockázatairól

Tudomásul veszem, hogy szakszerű gyógymód, kezelés esetén is felléphetnek előre nem várható szövődmények kis valószínűséggel betegségem természetéből fakadóan, amelyek kedvezőtlenül befolyásolhatják a várható gyógyulásomat.

A betegségemmel és a tervezett beavatkozással kapcsolatban adott tájékoztatást teljes egészében megértettem. Ismertették velem, hogy jogomban áll szóban is és írásban is bármikor megváltoztatni döntésemet a gyógykezelésem során. A fentieket meghaladó tájékoztatásról kifejezetten lemondok.

A beavatkozás előnyeire, hátrányaira és elmaradásának kockázataira vonatkozó szóban feltett kérdéseimre kezelőorvosomtól megfelelő válaszokat kaptam, azokat megértettem. Elegendő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy döntsek arról, hogy gyógyulásom érdekében milyen gyógymódot, kezelést kívánok igénybe venni.

A fenti tájékoztatás kellő mérlegelése alapján beleegyezem, hogy rajtam az alábbi kezelést/beavatkozást végezzék el:

.....

A javasolt kezelés/beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezésemet azzal a kitéllettel fenntartom, hogy tartós, ismétlődő kezelés során ezt a hozzájárulásomat bármikor visszavonhatom.

Tudomással bírok arról, hogy a felajánlott kezeléseket/beavatkozásokat bármelyikét, vagy mindegyikét elutasíthatom, ebben az esetben azonban kezelőorvosomat felelősség nem terheli a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért.

.....
kezelést/beavatkozást végző orvos aláírása, pecsétje

20.....
dátum

.....
beteg vagy törvényes képviselő aláírása