



illetőleg annak elutasításáról

Jávorszky Ödön Kórház Vác
Belgyógyászati osztály
Izotóp részleg
2600 Vác Argenti Döme tér 1-3.
Tel.: 06-27-620-620

Osztályvezető főorvos:
Dr. Kékesi Gábor

„NYILATKOZAT”¹
(orvosi beavatkozás kéréséről, illetőleg annak elutasításáról)
A nyilatkozatból bármely rész kihúzható!

Alulírott (név)..... (szül. idő) tanúsítom, hogy engem Dr. kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

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

2. A javasolt vizsgálatról, gyógymódról, mely (magyarul):

3. A 2. pont alatt javasolt gyógymódoknál esetleg előforduló szövődményekről és/vagy maradandó következményekről, amelyek felléptének kockázati valószínűsége az *Egészségügyi Tudományos Tanács álláspontja szerint*² / az osztály orvosai által felbecsülten² 5-20 % között van
 (ha ennél nagyobb, akkor zárójelben a becült rizikó mértéke):
 (becsülhetően %)
 (becsülhetően %)
 (becsülhetően %)
 (becsülhetően %)
4. A 2. pont alatt leginkább javasolt gyógymód helyett alkalmazható más egyéb, kevésbé ajánlott gyógymódról, mint:.....

 valamint azok ismert szövődményeiről és/vagy következményeiről továbbá ismertette az ajánlott és más szóba jövő kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait.
5. A javasolt gyógymódok mindegyikének elmaradása esetén bekövetkező további egészségkárosodásokról, amelyek becslhető valószínűsége az *Egészségügyi Tudományos Tanács álláspontja szerint*² / az osztály orvosai által felbecsülten² 5-20 % között van (ha a valószínűség 20 %-nál nagyobb, akkor becült értéke zárójelben):
 (becsülhetően %)
 (becsülhetően %)
 (becsülhetően %)
 (becsülhetően %)
6. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezeléseik bármelyikének, vagy mindegyikének elutasítására.
7. 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 döntsék arról, milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.
8. A fentiek szerint kapott tájékoztatás alapján úgy döntöttem, hogy:
³ A megajánlott 2. pontban leírt **vizsgálat, kezelés, műtét** elvégzését nem kérem. Tudomásul veszem, hogy 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 felmentettem.



illetőleg annak elutasításáról

³ A 2. pontban leírt **vizsgálatba, kezelésbe, műtétbe** való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszerből mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam a 2. pontban meghatározott **vizsgálatot, kezelést, műtétet** végezzék el.

³ Tudomásul veszem, hogy az általam a jelen nyilatkozattal kért, a 2. pontban leírt vizsgálat, kezelés, műtét szakszerű kivitelezése esetén is előfordulhatnak az alábbi előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják (a beteg aláírása előtt az orvos tölti ki):

.....

9. Aláírásommal megerősítve kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részleges felvilágosítást kapni. Ezért a döntéseket kezelőorvosomra bízom. (Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézírásával megismételten leírva, majd aláírva az okirat végén kérjük erősítse meg. E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondása érvénytelen.)

10. ⁴ Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

a.) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:

.....

b.) Az alább megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:

.....

c.) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről kérésükre se tájékoztassák:

.....

Vác,

.....
 a kezelőorvos aláírása

.....
 a beteg v. törvényes képviselőjének aláírása
 Lakcíme:

Tájékoztató lemondó nyilatkozat a 9. pont szerint, illetőleg a beteg megjegyzése (Csak a beteg töltheti ki tintával és saját kezűleg):.....

.....

A beteg aláírása:.....

Az orvos megjegyzése:

.....

Az orvos aláírása:.....

¹ Korlátozottan cselekvőképés, ill. cselekvőképtelen beteg esetén a nyilatkozatot a törvényes képviselő (hozzátartozó) adja. Korlátozottan cselekvőképés beteg esetén javasolható a beteg önálló nyilatkozattétele is, ez azonban a törvényes képviselő (hozzátartozó) nyilatkozatát nem pótolja.

² Nem kívánt rész törlendő.

³ Melyek lehetnek kontrasztanyag i.v. beadás, gerincvelő közeli érzéstelenítés, altatás, műtét, transzfúzió, egyéb.

⁴ A törvényes képviselő (hozzátartozó) a 10. pontban szereplő kérdéskörben nem rendelkezhet.”