



MŰTÉTI BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

1. A beteg neve és egyéb adatai (etikett helye):

2. Tájékoztató orvos neve:.....
3. A betegség megnevezése, fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):
-
4. A javasolt kezelési lehetőség:
-
5. Egyéb kezelési lehetőségek:.....
-
6. Kockázatok, szövődmények:.....
-
7. A beavatkozás (műtét) tervezett időpontja:.....
8. A beavatkozást (műtétet) végző személy neve:.....

9. Betegségemről, a javasolt és szóba jövő gyógymódokról, ezek kockázatairól, szövődményeiről és mindezek ismert következményeiről, különböző kezelési módok előnyeiről és hátrányairól, az ellátás folyamatáról, várható kimeneteléről, további ellátásokról és a javasolt életmódról, valamint az ezekkel kapcsolatos általam feltett kérdésekre megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, amelyek a várható gyógyeredményt, gyógytartamot kedvezőtlenül befolyásolhatják. Beleegyezem a műtéti beavatkozás azon változásaiba, amelyek a műtét alatt szükséghelyzetben adódhatnak.

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon dönthessek arról, milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően informálni.

A műtéti érzéstelenítésért felelős orvos tájékoztatást adott az érzéstelenítés módjáról, előnyeiről, hátrányairól, esetleges következményeiről, mellékhatásairól.

Beleegyezem a szükséges vér, vérkészítmények és gyógyszerek adásába.

10. A beavatkozásba (műtétbe) való beleegyezés:

A kezelésbe (műtétbe) való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam az alábbi beavatkozást (műtétet) elvégezzék:

.....

.....
beteg vagy törvényes képviselője

Vác,

.....
kezelőorvos



11. Tájékoztatásról való lemondás:

Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig a gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Ezért döntésemet kezelőorvosaimra bízom.

Ezt a nyilatkozatot elfogadás esetén kézírással megismételten leírva, aláírva, vagy írásképtelenség esetén két tanú jelenlétében és azok aláírásával ellátott teljes bizonyító erejű magánokiraton erősítse meg. Ennek hiányában a tájékoztatásról való lemondás érvénytelen.

Sajátkezű kézírással a tájékoztatásról való lemondás:

.....

.....
 beteg vagy törvényes képviselője

.....
 tanú

.....
 tanú

12. Beavatkozás (műtét) visszautasítása:

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ezt saját kézírással írt és aláírt teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenségem esetén két tanú együttes jelenlétében megtett és azok aláírásával ellátott magánokiraton kell megtennem. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akik által végzendő kezeléseket nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

.....

.....

.....
 beteg vagy törvényes képviselője

.....
 tanú

.....
 tanú

A nyilatkozaton a kitöltésre nem kerülő rész áthúzandó!