

#!KORHNEV;

#!AKTOSZTALYNEVE;

OEP KÓD: #!APOSZTKOD;

Osztályvezető főorvos: #!OSZTVEZFOORVPROP(3); #!OSZTVEZFOORVPROP(1); #!OSZTVEZFOORVPROP(4); Tel.: #!OSZTTEL;

## NYILATKOZAT a Kórházban igénybe vett gyógyszerellátásokról

Név:	#!NEV;	TAJ:	#!TAJ_BAR;
Anyja neve:	#!BANYJANEVE;	Szül.idő:	#!SZULIDO;
A beutalás indoka: #!FEKVBEUT BEUTDIAGNSTR; #!FEKVBEUT BEUTDIAGN;			

### I. RÉSZ

1. Alulírott kijelentem, hogy panaszaim miatt betegségem megállapítását és gyógyítását igénylem.
2. Részletes és érthető orvosi felvilágosítást kaptam arról, hogy betegségem megállapításához (kórismézéséhez) a következő vizsgáló eljárásokra (típusokra) van szükség: labor, rtg, ekg, légzés funkció, endoszkópos vizsgálat.
3. A tervezett vizsgálatok esetleges, főbb kockázatairól is tájékoztattak.
4. A betegségmegállapító eljárásokhoz és a bevezetett –ideiglenes – gyógykezeléshez hozzájárulok. Vállalom, hogy a gyógyszerellátás eredményessége érdekében a kezelőorvossal és munkatársaival együttműködöm.
5. Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:
  - a; Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztathatják: házastársa, felesége, élettársa, fia, lánya, menyé, veje
  - b; Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat betegségemről csak az általam megjelölt, következő korlátozásokkal tájékoztathatják:
  - c; Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat betegségemről kérésükre sem tájékoztathatják:
6. Az egészségügyi szolgáltatáshoz szükséges valamennyi személyes és különleges adataim kezeléséhez hozzájárulok.

#!KORHCIMVAROS;, #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

---

#!KEZORVPROP(3); #!KEZORVPROP(1);  
(p: #!KEZORVPROP(2);)  
kezelőorvos aláírása

---

#!NEV;  
beteg(vagy törvényes képviselője)

#!KORHNEV;

#!AKTOSZTALYNEVE;

OEP KÓD: #!APOSZTKOD;  
Osztályvezető főorvos: #!OSZTVEZFOORVPROP(3); #!OSZTVEZFOORVPROP(1); #!OSZTVEZFOORVPROP(4); Tel.: #!OSZTTEL;

## II.RÉSZ

7. Tudomásul veszem, hogy betegségem:

amelynek természetéről, várható kimeneteléről és a javasolt életmódról kellő tájékoztatást kaptam.

8. 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 további kezelésemről.

9. A betegségem (betegségeim) gyógyításához szükséges kezelésekhöz, az orvosi intézkedésekhez hozzájárulok, a kezelőorvossal és munkatársaival együttműködöm.

**Tudomásul veszem, hogy kezelésem következményeiről folyamatosan fogok tájékoztatást kapni.**

#!KORHCIMVAROS;, #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

#!KEZORVPROP(3); #!KEZORVPROP(1);

(p: #!KEZORVPROP(2);)

kezelőorvos aláírása, pecsétje

#!NEV;

beteg(vagy törvényes képviselője)

## III.RÉSZ

(csak a hozzájárulás megtagadása esetén töltendő ki!)

10. Kijelentem, hogy a következő vizsgáló, illetve kezelési eljárásokhoz nem járulok hozzá:

**Tudomásul veszem, hogy elutasítom következményeiért a felelősség reám hárul.**

#!KORHCIMVAROS;, #!FELVIDO;

#!KEZORVPROP(3); #!KEZORVPROP(1);

(p: #!KEZORVPROP(2);)

kezelőorvos aláírása, pecsétje

#!NEV;

beteg(vagy törvényes képviselője)

(A dokumentumot a MedWorkS rendszerben rögzítette: #!AKTUSERNEVE;#!AKTUSERKODJA;)