

ÁLTALÁNOS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

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

Alulírott (név) (anyja neve)
.....(születési idő) - tanúsítom, hogy engem Dr..... megfelelően
felvilágosított az alábbiakról:

1. A betegségemről, mely kórisme szerint (magyarul):
.....
2. A javasolt gyógykezelésről, mely (magyarul):
..... ,
annak jelentősebb kockázatairól:
..... ,
és a helyette alkalmazható főbb gyógymódokról, mint:
..... ,
valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és lehetséges
kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait is.
3. 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.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható
szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül
befolyásolhatják.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének vagy
mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás kapcsán
bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat,
akiknek a gyógykezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

Nyilatkozat gyógykezelés visszautasításáról

A kezelőorvosom által javasolt gyógymód elvégzésébe felelősségem teljes tudatában **nem egyezem bele**. (Ebben az esetben a nyilatkozat teljes szövegének kézírással történő megismétlése és aláírása szükséges, vagy írásképtelenség esetén együttesen jelenlévő 2 tanú aláírása):

.....

.....

.....

Figyelmeztetés!

Cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén nem utasítható vissza az olyan ellátás, amelynek elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be. Amennyiben cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a betegség természetes lefolyását lehetővé tévő életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására kerül sor, a Dél-pesti Centrumkórház - Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet kérelmet terjeszt elő a beleegyezés bíróság általi pótlása iránt. A kezelőorvos a bíróság jogerős határozatának meghozataláig köteles a beteg egészségi állapota által indokolt ellátások megtételére, amelyhez szükség esetén rendőrhatalóság közreműködését is igénybe veheti. Közvetlen életveszély esetén a szükséges beavatkozások elvégzéséhez bírósági nyilatkozatpótlásra nincs szükség.

Dátum:

.....

kezelő orvos aláírása

.....

a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

Lakcíme:

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....

tanú (név, lakcím)

.....

tanú (név, lakcím)