

Bajcsy-Zsilinszky Kórház
BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
(invazív vizsgálatokhoz, kezeléshez, érzéstelenítéshez, műtétekhez)

Az Osztály neve: **Szülészet-nőgyógyászat**

A beteg neve:

Születés ideje:év,hó,nap TAJ szám: -----

Az orvos tölti ki:

Az invazív vizsgálat, kezelés, érzéstelenítés, műtét megnevezése, melyhez a jelen beleegyező nyilatkozatot kéri:

Császármetszés

A fent megnevezett invazív vizsgálatra, kezelésre, érzéstelenítésre, műtetre vonatkozó **egyéni**esített, teljes körű **tájékoztatást** a betegnek (vagy törvényes, képviselőjének, hozzátartozójának) **megadtam**, kitérve a javasolt vizsgálat, érzéstelenítés, gyógymód lehetséges veszélyeire, szövődményeire, a javasolt helyett alkalmazható egyéb lehetőségekre, azok előnyeire, hátrányaira. A tájékoztatást úgy és olyan mélységig adtam, mely megítélésem szerint a beteg, illetve képviselője számára szükséges, érthető és a beteg állapotában megfelelő.

Kelt: Budapest, : A beavatkozást végző orvos aláírása, pecsétje:

Tisztelt Betegünk!

- ⇒ Orvosa tájékoztatja Önt a betegségével kapcsolatban javasolt invazív vizsgálatokról, kezelésről, érzéstelenítésről, műtétről, a lehetséges alternatívákkal együtt. Ellátása során, szakmailag megalapozott, az Ön érdekeit leginkább szolgáló gyógymód kiválasztására kerül sor.
- ⇒ A tájékoztatás meghallgatásához kérheti, hogy hozzátartozója, ápolója, vagy egyéb személy jelen lehessen.
- ⇒ A tájékoztatást követően Öntől orvosa a fenti ellátáshoz írásbeli hozzájárulását kéri.

A beteg (vagy képviselője) tölti ki:

1. E nyilatkozatot a Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórházban kezelt **betegként/a beteg törvényes képviselőjeként** adom. (Kérjük, jelölje a megfelelőt. A beteg képviselője lehet: a törvényes képviselő, pl. gondnoka, gyámja, illetve a beteg közeli hozzátartozója, pl. házastársa, egyeneságbeli rokona, élettársa, testvére, stb.)
2. Saját döntésem alapján elfogadom a fentiekben megjelölt javasolt invazív beavatkozást, vizsgálatot, érzéstelenítést, gyógymódot.
3. Megértem és elfogadom, hogyha a rajtam végzett invazív vizsgálat, beavatkozás során szükségessé válik a fent megjelölt ellátás helyett mást alkalmazni, azt csak akkor végzik el, ha az orvosilag indokolt, szükséges és a javamra szolgál.
4. **Egyedül az alábbiakba nem egyezem bele:**

.....
(Kérjük, itt jelölje meg, mibe **nem** egyezik bele akkor sem, ha annak elhagyása az Ön életét veszélyeztetné, vagy Ön számára aránytalanul súlyos terhet, vagy maradandó károsodást jelentene. Ebben az esetben két tanú együttes jelenlétében kell megtenni a visszautasító nyilatkozatot. A nyilatkozatot a tanúk aláírásukkal hitelesítik!)

5. Tudomásul veszem, hogy a felajánlott orvosi ellátást elutasíthatom, illetve beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. A felajánlott ellátás visszautasítása kapcsán bekövetkező káros egészségügyi következményekért orvosaimat felelősség nem terheli. Beleegyezésem alapos ok nélküli visszavonása esetén kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

A beavatkozással kapcsolatos egyéniesített, teljes körű tájékoztatást szóban Megkaptam * Nem kaptam meg *

A beavatkozással kapcsolatos egyéniesített, teljes körű tájékoztatást írásban Megkaptam * Nem kaptam meg *
(* a megfelelő szövegrész aláhúzendó)

Az átadott tájékoztatási protokoll megnevezése:

A beavatkozásra vonatkozó **részletes tájékoztatási protokoll**, a szóbeli tájékoztatást követően és a jelen beleegyező nyilatkozat aláírása előtt részemre átadásra került, az abban foglaltakat - a szóbeli tájékoztatás alapján is – **megértettem és elfogadom, melynek alapján jelen beleegyező nyilatkozat útján kifejezetten kérem a nevezett beavatkozás elvégzését.** A hivatkozott tájékoztatási protokoll a jelen nyilatkozat elválaszthatatlan részét képezi.

A beteg / képviselője dátummal ellátott saját kezű aláírása:

Cím (ha nem a beteg, ha nem képviselője írta alá):

1. Tanú (név, aláírás, laccím)

2. Tanú (név, aláírás, laccím)