

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

Az Osztály neve: **Szülészeti-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:

Szülésvezetés

A fent megnevezett invazív vizsgálatra, kezelésre, érzéstelenítésre, műtétre vonatkozó **egyéniesített, 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, lakcím).....

2. Tanú (név, aláírás, lakcím).....