



## Dombóvári Szent Lukács Kórház

Cím: 7200 Dombóvár, Kórház u.39-41.

Telefon: 74/564-000 Fax: 74/564-014

.....  
(szervezeti egység)

### KÉRELEM ÉS ÁLTALÁNOS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT MŰTÉTI BEAVATKOZÁSHOZ

#### A páciens

Neve:

Születési dátuma:

Azonosítója:

A kezelést indokló diagnózis:

A tervezett beavatkozás (műtét) megnevezése:

A tervezett beavatkozást (műtétet) végző orvos neve, beosztása:

Tanúsítom, hogy a fentiekben megnevezett gyógyintézet illetékes osztályának orvosai részletesen és számomra megfelelő módon személyesen ismertették velem kóros állapotomat, illetve betegséget. Lehetőségem volt szóbeli, írásos és rajzos felvilágosítás igénybevételére is.

Tájékoztattak arról, hogy gyógyulásom, illetve állapotom javulásának érdekében az elméleti megfontolások alapján nyugvó és a bizonyítékokon alapuló orvostudomány jelenlegi álláspontja szerint beavatkozásra (műtetre) van szükségem. Ugyanilyen részletességgel világosítottak fel arról, hogy gyógykezelésem milyen előzetes vizsgálatokat, illetve várhatóan milyen utókezeléseket tesz szükségessé.

Mindezek mellett ismertették velem kezelésem egyéb lehetőségeit, illetve a megajánlott beavatkozás (műtét) elmaradásának várható egészségkárosító kockázatait.

Tájékoztatóm teljes részletességében kiterjedt arra is, hogy gyógykezelésem során, azzal összefüggésben milyen szövődmények és károsodások fellépéssel kell számolnom amellet, hogy kezelőorvosaim és a kezelésben részt vevő személyzet a legnagyobb körültekintéssel és gonossággal igyekszik mindezeket elkerülni. Az esetlegesen fellépő szövődvényeim és károsodásaim a tájékoztatás alapján elsősorban az alábbiak lehetnek:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Teljes részletességgel tájékoztattak azon vonatkozásban is, hogy a tervezett beavatkozás (műtét) milyen módon és milyen mértékben változtatja meg további egészségi állapotomat, munkaképességemet, teherbíró képességemet és szocializációm – valamint, hogy milyen jellegű és mértékű további ápolást fogok igényelni kórházi elbocsátásomat követően.

Tudomásul veszem, hogy gyógykezelésem (műtétem) során előfordulhat olyan helyzet, amely előre nem volt látható és ezért ennek megoldása érdekében nem tudták kikérni előzetes véleményemet. Elfogadom, hogy ezen esetben kezelőorvosaim – érdekeim messzemenő figyelembevételével mellett szakmájuk szabályai alapján – rajtam a szükséges kiegészítő beavatkozásokat elvégezzék.

Mindezeket túlmenően teljeskörű tájékoztatást kaptam az egészségügyi ellátásom során felmerülő általános és egyéb kérdésekre is, mint az orvosi titoktartás, az önrendelkezés, a tájékoztatási köteletség, az ellátás visszautasításának kérdésköre, tehát összességében a teljes betegjogi viszonylatban.

Ezzel kapcsolatban felvilágosítottak és így tudomásom van arról is, hogy esetleges további kérdéseimmel, panaszaimmal magam vagy hozzátartozóim révén betegjogi képviselőhöz fordulhatok, illetve jogaimmal kapcsolatban az ellátást végző intézetben a további szakszerű tájékoztatás lehetősége számomra adott.

A tájékoztatást teljes egészében megértettem, lehetőséget kaptam kérdéseim feltevésére és azokra megfelelő, kielégítő és számomra világosan érthető válaszokat kaptam.

Kijelentem, hogy beleegyező döntésem meghozatalához kellő idő állt rendelkezésemre, semmiféle kényszer hatása alatt nem álltam, aláírásom idejében felelősségem teljes tudatában vagyok.

**A tervezett beavatkozásba (műtétbe történő írásbeli beleegyezésemet megelőzően semmiféle megválaszolatlan kérdésem nem maradt, további tájékoztatásomról kifejezetten lemondok, további felvilágosítást nem kérek.**

**Mindezeket követően kérem a gyógyintézet osztályának orvosait, hogy rajtam az előzőekben megnevezett beavatkozást, illetve a műtétet elvégezzék szíveskedjenek.**

**A megajánlott beavatkozás, illetve a műtét elvégzéséhez teljeskörű egyetértő beleegyezésemet adom a fentiekben részletezett kiegészítésekkel együtt.**

Tudomásul veszem, hogy a rajtam elvégzendő beavatkozás (műtét) érzéstelenítésével kapcsolatban egy további felvilágosítást követően nyilatkozom.

---

A tájékoztató elolvasását követően, kérjük jelölje meg ( X jellel) választását, amellyel kinyilvánítja a beavatkozással (műtéttel) kapcsolatos akaratát:

További kérdésem nincs, a tervezett beavatkozásba (műtétbe) **beleegyezem**, amely beleegyezésemet a tájékoztatás teljeskörű megértését követően minden kényszertől mentesen adtam meg.

Aláírásommal igazolom, hogy az egynapos sebészeti ellátásról szóló általános tájékoztatást megkaptam, az abban foglaltakat megértettem, valamint hozzájárulok az egynapos sebészeti ellátás keretében elvégzendő beavatkozáshoz.

A felajánlott beavatkozáshoz (műtét) **nem adom beleegyezésemet**. Tudomásul veszem visszautasításom minden lehetséges hátrányos következményét, illetve elismerem, hogy mindezekről az általam kívánt részletességgel tájékoztatást kaptam. A visszautasításomból eredő mindennemű következményt vállalom.

Kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, gyógyulási kilátásaimról **nem kívánok részletes felvilágosítást kapni**. Ezért a jelenlegi állapotommal kapcsolatos további döntéseket kezelőorvosaimra bízom, teljeskörű felhatalmazással. Döntéseik helyességét nem kérdőjelezem meg, az ezekből származó következményekért őket a felelősség alól előre felmentem.

---

Hozzátartozóim tájékoztatásáról az alábbiak szerint rendelkezem:

Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről, aktuális állapotomról **teljeskörűen** tájékoztassák:

.....

Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről, aktuális állapotomról csak **korlátozottan** tájékoztassák, a következő korlátozottságban:

.....

Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről, aktuális állapotomról **kérésükre se** tájékoztassák:

.....

Dátum, időpont:

.....

Felvilágosító orvos aláírása, pecsét:

.....

A páciens vagy törvényes képviselőjének aláírása:

.....

Az aláírás hitelességét igazoló tanúk aláírása:

.....