



BELEEGYZŐ NYILATKOZAT MŰTÉT / EGYÉB INVAZÍV BEAVATKOZÁS ESETÉN

Alulírott/szül:-.....-..... /tanúsítom, hogy engem
Dr.kellő mértékben – szóban is – felvilágosított az alábbiakról:

1. Javasolt műtéti beavatkozásról:

A beavatkozás neve magyarul:.....

A beavatkozás neve latinul:

2. A fentiek ismeretében kijelentem hogy, a tervezett műtéti, ill. egyéb invazív beavatkozás(ok) lehetséges szövődményeiről, kockázatairól, várható következményeiről, és a szóban feltett kérdéseimre is megfelelő tájékoztatást kaptam. Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek a szükséges beleegyezésről.

A betegségemről kapott ismertetőt,
(hivatkozott dokumentum megnevezése)

(betegsége, beavatkozásra vonatkozó tájékoztatót) elolvastam, az abban foglaltakat megértettem, és az ehhez kapcsolódó kérdéseimre megfelelő válaszokat kaptam.

3. Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyulás eredményét kedvezőtlenül befolyásolhatják.
4. Betegségem, gyógyítása érdekében – kezelő orvosom javaslatára – más orvosok által történő vizsgálatba is beleegyezem, és hozzájárulok ahhoz, hogy a testemből diagnosztikus vagy gyógyítási célra kivett szerveket, szöveteket, testnedveket, megvizsgálhatják, majd ezt követően megsemmisíthessék.
5. A fent megnevezett műtétbe, beavatkozásba a megfelelő tájékoztatás megértése után minden kényszer nélkül **beleegyezem**, és ezt aláírásommal megerősítem.

Kistarcsa, 201... év.....hó.....nap

.....
felvilágosítást végző (műtő)orvos
aláírása

.....
a beteg, (kiskorú esetén szülő v. gyám,
cselekvőképtelen, korlátozott cselekvőképességű
esetén, kijelölt gyám) aláírása

**Az ellátás visszautasítása:**

A felajánlott műtétbe, beavatkozásba a kezelőorvos (osztályvezető főorvos) tájékoztatása és javaslata ellenére **nem egyezem bele**. Ez esetben a visszautasításból eredő következményekről és szövődményekről megfelelő tájékoztatást kaptam, az elutasított gyógykezelések, vizsgálatok, műtét következményeiért a felelősséget magamra vállalom. Egyben azokat az orvosokat, akik által javasolt kezeléseket nem fogadtam el, valamint a kórházat a felelősség alól felmentem.

Kistarcsa, 201... ..hó.....nap

.....
felvilágosítást végző (műtő)orvos
aláírása

.....
beteg, (kiskorú esetén szülő v. gyám,
cselekvőképtelen, korlátozott cselekvőképességű
esetén, kijelölt gyám) aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

1.Tanú:
név

2.Tanú:
név

.....
aláírás

.....
aláírás

.....
lakcím

.....
lakcím