

Műtéti beleegyező nyilatkozat

Osztály/egység bélyegzője

Beteg neve:

Lakcíme:

Anyja n.:

Szül. idő:

(..... a beteg törvényes képviselője vagy meghatalmazott hozzátartozója*) kijelentem és aláírással megerősítem, hogy

..... (dg. magyarul) betegség miatt szükségessé váló (magyarul) műtéti beavatkozás elvégzésébe **b e l e e g y e z e m**.

Ezen nyilatkozatom aláírásával elismerem, hogy a műtét természetéről, céljáról, előnyéről és a várható kockázatról, valamint betegségem lehetséges kezelésének egyéb módzatairól megfelelő tájékoztatást kaptam. Ismertették velem, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.

Az e tájékoztatásban foglaltakat megértettem. Szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam, melyeket megértettem, s kijelentem, hogy több kérdésem nincs.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt, gyógytartamot kedvezőtlenül befolyásolhatják, ezekért orvosaimat felelősség nem terheli.

Felhatalmazom - nem hatalmazom fel* - a műtétet végző orvost, illetve orvoscsoportot és asszisztenciáját arra, hogy a műtét során felmerülő, olyan előre nem látható műtéti beavatkozást is elvégezzenek, mely orvosilag indokolt, és az egészség megóvására, illetve az élet meghosszabbítására irányul.

Beleegyezem az ésszerű határok között szükségesnek tartott vér, gyógyszer, kábítószer, vagy más anyagok beadásába, valamint az orvosok által szükségesnek tartott vizsgálati eljárások alkalmazásába.

Beleegyezem, hogy műtét során az esetleg eltávolított szövetek, szervek szövettani vizsgálatra, megsemmisítésre, további gyógyító ill. kutató célú felhasználásra kerüljenek.

Beleegyezem, hogy a műtét vagy beavatkozás menetéről fénykép- vagy videofelvételek készüljenek, azzal a kikötéssel, hogy azokon személy nem válik felismerhetővé.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelése / beavatkozások bármelyikének elutasítására. Ez esetben az elutasítás miatt bekövetkező szövődményekért, a gyógykezelés eredményének kedvezőtlen alakulásáért az orvosokat nem terheli felelősség.

Betegségemről, annak esetleges daganatos természetéről felvilágosítást kérek / nem kérek*.

Betegségemmel kapcsolatban az orvosi titoktartási kötelezettség alól felmentést adok¹ / nem adok.

Mezőtúr, 20.....

.....
kezelőorvos

.....
a beteg vagy törvényes képviselője,
meghatalmazott hozzátartozója

*megfelelő rész aláhúzendó,

¹ az Adatvédelmi szabályzat 3. számú adatlapjának kitöltése szükséges

Beleegyező nyilatkozat műtéti érzéstelenítésbe

A tervezett műtétemhez szükséges érzéstelenítésbe, altatásba, valamint az ahhoz szükség esetén kapcsolódó intenzív kezelésbe beleegyezem. Az érzéstelenítéssel kapcsolatos felvilágosító tájékoztatót írásban megkaptam. Tudomásul veszem, hogy a műtétet követő 24 órában önálló közlekedésre alkalmatlan vagyok, ez idő alatt alkoholt, folyadékot nem fogyaszthatok, altató, nyugtató és fájdalomcsillapító szert csak orvosi utasításra kaphatok.

Mezőtúr, 20.....

Ph.

.....
az érzéstelenítést (felvilágosítást,
előkészítést) végző orvos aláírása

.....
a beteg vagy törvényes képviselője,
meghatalmazott hozzátartozója

Az orvos javaslata ellenére a fokozott kockázattal járó érzéstelenítési eljárást választom.

.....
az érzéstelenítést (felvilágosítást,
előkészítést) végző orvos aláírása

.....
a beteg vagy törvényes képviselője,
meghatalmazott hozzátartozója