



BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT
EGÉSZSÉGÜGYI BEAVATKOZÁSOK VÉGZÉSÉHEZ

Kódszám: BNY/001.

Név:

Született:hely,év.....hó.....nap

Lakcím:

Törvényes képviselő/szülő neve:

Betegtájékoztató(k) kódszáma:

Beleegyezem, hogy a Csolnoky Ferenc Kórháznál a gyógykezelésemhez szükséges vizsgálatokat, beavatkozásokat, műtéteket rajtam elvégezzék.

A beleegyező nyilatkozathoz tartozó, a betegséggemmel kapcsolatos (fent nevezett kód számmal rendelkező) felvilágosító ismertetőt elolvastam és megértettem. Betegségemről, sérülésemről, a lehetséges kezelési módokról, valamint azok előnyeiről és hátrányairól, a tervezett vizsgálatról, beavatkozásról, műtétről, annak kockázatairól és várható eredményéről, illetve az esetlegesen előforduló szövődményekről, a beavatkozás lehetséges következményeiről, mellékhatásairól (ezek előfordulási gyakoriságáról és azok káros hatásairól) részletes szóbeli és írásbeli felvilágosítást kaptam kezelőorvosomtól. További kérdésem, kezelőorvosom felé nincs. Kellő idő állt rendelkezésemre, hogy szabadon döntsék arról, milyen kezelést, beavatkozást választok.

Beleegyezésemet minden kényszertől és befolyástól mentesen adom.

Amennyiben a kezelés vagy beavatkozás (műtét) közben az egészségem érdekében valamilyen a műtétet kiegészítő vagy kiterjesztő beavatkozásra is szükség lenne, úgy kérem annak elvégzését is!

Tudomásul veszem, hogy jogom van a tervezett vizsgálat, beavatkozás, műtét elkezdéséig a beleegyező nyilatkozatomat visszavonni (ezt írásban kell megtennem). Ez esetben a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért orvosaimat és a kórházat felelősség nem terheli.

Tudomásul veszem, hogy a kórházi rend betartása, valamint az orvosok, nővérek és a kórházi személyzet, a betegek érdekeit szolgáló utasításai, mint minden betegre – így rám is – vonatkozik.

Tudomással bírok arról, ha a gyógykezelésem során a kezelőorvosom **vérátömlesztést** vagy emberi vérből készített anyagok, gyógyszerek beadását tarja szükségesnek, akkor, arról a 3/2005 EüM rendelet 21.§ és az Országos Vérellátó Központ „Transzfúziós Szabályzat Módszertani Levél (1998) 3.1 pontja” alapján, külön nyilatkozatban kell beleegyezésemet megtennem.

Felvilágosítást adó orvos:

Veszprém, évhónap

.....
beteg, vagy törvényes képviselő
/hozzátartozó – olvasható aláírása

A beleegyező nyilatkozatot a mellékelt korlátozással írom alá.

Korlátozó nyilatkozat sorszáma:

Veszprém, évhónap

.....
beteg, vagy törvényes képviselő
/hozzátartozó – olvasható aláírása