

ÁLTALÁNOS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Korlátozottan cselekvőképes, illetőleg cselekvőképtelen beteg esetén a nyilatkozatot a törvényes képviselő (hozzátartozó) adja. Korlátozottan cselekvőképes beteg esetén javasolható a beteg önálló nyilatkozattétele is, ez azonban a törvényes képviselő (hozzátartozó) nyilatkozatát nem pótolja.

Alulírott (név)..... (anya neve)
.....(születési idő) - tanúsítom, hogy engem Dr..... megfelelően felvilágosított az alábbiakról:

1. A **betegségemről**, mely kórisme szerint (*magyarul*):

.....

2. A javasolt gyógykezelésről, mely (*magyarul*):

..... ,

annak jelentősebb kockázatairól:

..... ,

és a helyette alkalmazható főbb gyógymódokról, mint:.....

..... ,

valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és lehetséges kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait is.

3. A javasolt gyógymód kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék arról, milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a gyógykezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

A kezelésbe (műtétbe, stb.) való **beleegyezésem** a megfelelő tájékoztatás megértése alapján minden megtevesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentesen **adom**. Ennek alapján **kérem**, hogy **rajtam a javasolt gyógykezelést elvégezzék**. Kijelentem, hogy a részemre adott tájékoztatással kapcsolatban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam.

Tudomásul veszem, hogy tájékoztatást kaptam arról, hogy a Dél-pesti Centrumkórház - Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet oktató kórház, ahol medikusok, szakápolók és szülésznők gyakorlati képzése folyik.

Fentiekre tekintettel az egészségügyről szóló törvény 25. § (5) bekezdése alapján jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok, hogy vizsgálataim és gyógykezelésem során a gyakorlaton résztvevő személyek jelen legyenek.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben a betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni, arról saját kezű írásos nyilatkozatot kell tennem. E nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondás érvénytelen. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény szerint a tájékoztatásról nem lehet lemondani, amennyiben a betegségem természetét ismernem kell ahhoz, hogy mások egészségét ne veszélyeztessenem.

4. Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem el¹:

- a) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:
.....
- b) Az alább megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:.....
.....
- c) Az alább megnevezett hozzátartozóimat, betegségemről kérésükre se tájékoztassák:
.....

Kelt:

.....
kezelő orvos aláírása

.....
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

Lakcíme:

¹ Hozzá tartozó nyilatkozattételére a 4. pontban szereplő kérdések körében nincs mód.

5. Hozzájárulok ahhoz, hogy amennyiben a gyógykezelésem szempontjából szükséges és indokolt, akkor a kezelőorvosom illetőleg a megbízásából más egészségügyi dolgozó az alábbi elérhetőségeimen felvegye velem a kapcsolatot:

Telefonszám:

E-mail:

Kelt:

.....

kezelő orvos aláírása

.....

a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

Lakcíme:

