

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

(**járóbeteg** ellátás keretében történő orvosi kezelésbe, laboratóriumi, eszközös és képalkotó vizsgálatok végzésébe, valamint gyógyszeres műtéti gyógyeljárás végrehajtásába).

Alulírott:....., született:

lakcím:....., anyja neve:.....

szabad akaratomból az alábbi **nyilatkozatot teszem** az elvégzendő

.....
kezelésre, invazív vizsgálatra, beavatkozásra diagnosztikai eljárásra, **műtéti beavatkozásra**.

1. Kijelentem, hogy alul nevezett vizsgálatot végző orvostól részletes tájékoztatást kaptam szóban és/vagy azonosító számú Betegtájékoztató átadásával* egészségi állapotomról, a javasolt és a lehetséges alternatív vizsgálati, diagnosztikai eljárás, beavatkozás természetéről és céljáról, az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről, a vele járó kockázatokról és az elővigyázatosság ellenére adódó szövődmények lehetséges bekövetkezéséről. Megértettem, hogy minden eljárásnak van valamilyen kockázata és elismerem, hogy az elvárt eredményt nem lehet biztonsággal szavatolni.

2. Tájékoztatót kaptam arról, hogy a vizsgálat **következményeként, mellékhatásaként, szövődményeként az alábbiak léphetnek fel** (a beteg aláírása előtt az orvos tölti ki):

-
- * Beleegyezem a szükséges érzéstelenítő eljárás elvégzésébe, és megérttem, hogy az érzéstelenítésnek lehetnek kockázatai.
 - * Felhatalmazom a kezelést végző orvost (orvoscsoporthoz) és asszisztenciáját arra, hogy a gyógyeljárás során felmerülő, előre nem látott szükség esetén a beavatkozást a kellő mértékben kiterjesszék és megtegyenek minden, a gyógyeredmény javítását célzó intézkedést, beleértve addig nem tervezett gyógyszer adását, kórházi osztályon történő elhelyezést is.
 - * Beleegyezem abba, hogy a vizsgálatok, vagy ellátásom során orvosaimon és ápolóimon kívül **más egészségügyi szakemberek is** (más szakterület orvosai, szakorvosjelöltek, orvostanhallgatók, tanuló nővérek) **jelen legyenek** és abba is, hogy dokumentációs vagy oktatási célból állapotomról, a velem kapcsolatos tevékenységről felvételek készüljenek, ha azokon személyem nem azonosítható.
 - * 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 kialakulásáért **azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem**.
 - * A vizsgálatba, beavatkozásba való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszerítő mentesen adom. Kijelentem, hogy a vizsgálat, beavatkozás lefolyásáról megfelelő tájékoztatást kaptam és részemről ezzel kapcsolatban több kérdés nem merült fel. Ennek alapján kérem, hogy rajtam a **fent nevezett kezelést vagy beavatkozást elvégezzék**.

Eger, 20..

.....
beteg vagy képviselője aláírása

.....
vizsgálatot végző orvos aláírása
és bélyegző lenyomata

Döntőképes (cselekvőképes), de írásképtelen beteg fenti közlésének tanúi:

1.

2.

.....
név, lakcím

.....
név, lakcím