

Osztály neve:

NEAK KÓD:

Beleegyző nyilatkozat műtétek, valamint orvosi beavatkozások végzéséhez

Beteg neve:

TAJ száma:

Anyja neve:

Születési helye, ideje:

Lakcíme:

Diagnózis (latinul és magyarul):

Tervezett kezelési mód:

Várható szövődmények:

Kezelő orvosom a személyes megbeszélés alkalmával tájékoztatott betegségemről, sérülésemről. Részletes felvilágosítást kaptam a tervezett műtétről, orvosi beavatkozásról, annak várható eredményeiről, az előforduló szövődményekről, annak káros hatásairól, valamint a helyette alkalmazható gyógymódokról is.

A magyarázatot megértettem és minden ezzel kapcsolatos kérdésemre kielégítő választ kaptam. Kellő idő állott rendelkezésemre ahhoz, hogy felelősen dönthessek. Kezelő orvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően felvilágosítani.

Tudomásul veszem, hogy a műtétem, illetve rajtam végzett beavatkozás, kezelés során eltávolított szövetek, szervek, patológiai - és kórszövettani vizsgálatra kerülnek, továbbá beleegyezem azok esetleges további vizsgálatába.

Beleegyezem, hogy a műtét, a beavatkozás, illetve kezelés menetéről fénykép vagy videofelvételek készüljenek azzal a kikötéssel, hogy azokon a személyem nem válik felismerhetővé.

Mindezek alapján a tervezett és ajánlott orvosi beavatkozásba, műtétbe beleegyezem, és kérem azt. Amennyiben a kezelés vagy műtét közben valamilyen kiegészítő, a műtétet kiterjesztő tevékenység szükséges, egészségem érdekében, **kérem azok elvégzését is.**

Karcag,

.....
felvilágosítást végző orvos

.....
beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

Az 1997.évi CLIV. törvény 15. § (4) bekezdése értelmében, amennyiben a beteg aláírásra nem képes, akkor szóbeli nyilatkozat, vagy ráutaló magatartás, vagy +++ aláírás esetén, előttünk, mint tanuk előtt:

Tanuk:

1.....
név

2.....
név

.....
levelezési cím

.....
levelezési cím

.....
aláírás

.....
aláírás

A beteg akaratnyilvánításra képtelen állapotban van és törvényes képviselője nincs jelen.

Karcag,.....

.....
felvilágosítást adó orvos aláírása, pecsétje

Osztály neve:

NEAK KÓD:

Nyilatkozat műtétek, valamint orvosi beavatkozások visszautasításáról

Beteg neve:

TAJ száma:

Anyja neve:

Születési helye, ideje:

Lakcíme:

Diagnózis (latinul és magyarul):

Tervezett kezelési mód:

Várható szövődmények:

A kezelő orvos által javasolt és tervezett műtétbe, illetve orvosi beavatkozásba nem egyezem bele, még ha ez egészségemet vagy akár életemet is veszélyezteti. Mindezt felelősségem teljes tudatában jelentem ki, annak ellenére, hogy orvosaim a személyes megbeszélés során a kezelés elmaradásának káros következményeiről, hátrányairól tájékoztattak.

Karcag,

.....
felvilágosítást végző orvos

.....
beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

Az 1997.évi CLIV. törvény 20. § értelmében előttünk, mint tanuk előtt:

Tanuk:

1.....
név

2.....
név

.....
levelezési cím

.....
levelezési cím

.....
aláírás

.....
aláírás