

Osztály neve:
Osztályvezető:

OEP KÓD:
Tel.:

**Beleegyező nyilatkozat kórházi felvételbe
(Újszülött részleg)**

Beteg neve:

Anyja neve:

Lakhelye:

Utca:

Foglalkozása:

Feor k.:

Születési ideje:

Családi állapota:

Irányító szám:

Telefon:

Családdorvos:

Beteg TAJ száma:

Kérem gyermekem felvételét, és beleegyezem az újszülöttkori BCG védőoltás beadásába, a szűrővizsgálatok elvégzésébe valamint betegség jelentkezésekor a laboratóriumi, röntgen, Uh vizsgálatokba illetve infúziós, gyógyszeres kezelési módokba. Amennyiben a fentiekben kívüli beavatkozásra lesz szükség, a hatályos törvényeknek megfelelően, további beleegyezésemet fogják kérni.

Tanúsítom, hogy engem kellő mértékben, számomra érthető módon, személyre szabottan felvilágosítottak jelenlegi kórházi felvétel okáról és a tervezett gyógykezelésről, annak esetleges kockázatairól, szövődményeiről; valamint a betegazonosító karszalag viseléséről.

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

A gyermek hozzátartozóinak tájékoztatásáról a következőket rendelem (a megfelelő rész aláhúzendő):

Az alábbi megnevezett hozzátartozókat, gyermekemről, annak betegségéről teljes körűen tájékoztathatják:

- szülő - házastárs/élettárs - gyermek - egyéb:

Az alábbi megnevezett személyeket gyermekemről, annak betegségéről kérésükre se tájékoztassák:

Karcag, 20

.....
felvilágosítást végző orvos

.....
mater / törvényes képviselő aláírása

Mater cselekvőképességében korlátozott vagy nyilatkozattételi képességében akadályozott.

Karcag, 20

.....
felvilágosítást adó orvos aláírása, pecsétje

Alulírott tanuk igazoljuk, hogy nevezettek a jelen okiratot saját kezűleg irták alá.

Tanuk:

1.

név

2.

név

Lakcím:

Lakcím:.....

.....

.....

.....

aláírás

.....

aláírás