

Alulírott: _____ név
_____ szül. idő
tanúsítom, hogy engem Dr. _____ kellő mértékben
felvilágosított az alábbiakról:

1. A betegségről, mely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul):
2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul):

a helyette alkalmazható esetleges gyógymódokról, mint:

Az ajánlott és más szóbajöhető kezelési eljárási előnyeiről és hátrányairól, kockázatairól és következményeiről:

Ezekről a szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, hogy milyen kezelést szeretnék.

3. – tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem és állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.
4. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelésekből bármelyikének, vagy mindegyikének elutasítására.
Ez esetben a visszautasítás miatt bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól f e l m e n t e m.
5. Beleegyezem, hogy betegségről az alább megnevezett hozzátartozóimat:

- a) teljes körűen,
- b) részlegesen, az általam megjelölt korlátozásokkal tájékoztassák,
- c) az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségről kérésükre sem tájékoztassák:

6. Kezelésemben való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján, minden kényszertől mentesen adom.

Kelt: A beteg
vagy törvényes képviselőjének aláírása.
Lakcíme:

.....
kezelőorvos aláírása