

GYERMEKOSZTÁLYOS
BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

FB0314004

Alulírott(név) (szül. idő) tanúsítom, hogy
engem Dr.kellő mértékben felvilágosított
nevű gyermekemmel kapcsolatban az alábbiakról.

1. A gyermek felvételi állapotáról:
2. A betegségről, mely kórisme szerint:
3. A betegség természetéből adódó korai vagy késői szövődményeiről:
4. A betegség pontos tisztázása végett végzendő vizsgálatokról:
5. A javasolt gyógymódról (magyarul):
- annak kockázatairól:
- és helyette alkalmazható gyógymódokról, mint
6. A szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam, melyekről a kezelő orvos a későbbiek során is tájékoztat s véleményemet a továbbiakban is kikéri.
7. Gyermekem betegségéről, annak gyógykezeléséről az alábbi hozzátartozómat
 - a.) teljes körűen tájékoztathatják:
 - b.) az általam megjelölt korlátozásokkal tájékoztathatják:
 - c.) kérésükre sem tájékoztathatják:

8. Miután kellő idő állott rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon dönthessek a leírt vizsgálatokba és kezelésbe minden kényszer nélkül beleegyezem.

Kelt:

.....
kezelő orvos aláírása

.....
szülő(k) aláírása, lakcíme

Tudomásul veszem, hogy az alább felsorolt vizsgálatokat és kórházi kezeléseket visszautasíthatom:
.....

Ez esetben azonban a kezelés során a visszautasítás kapcsán fellépő szövődményekért, vagy a gyógyulás elmaradásáért a felelősség nem a kezelőorvost, hanem engem terhel.

Tudomásul veszem, hogy a 2016. EÜK. 9. szám EMMI Szakmai irányelve alapján a gyermek egészségének, gyógyulásának veszélyeztetését jelentik a Gyermekjóléti Szolgálatnak.

Kelt:

.....
orvos aláírása

.....
szülő aláírása, lakhelye