

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

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):

annak kockázatairól:

és a helyette alkalmazható gyógymódokról, mint:

valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és más szóbajövő kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait is.

3. A javasolt gyógymód kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék arról, hogy milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól tájékoztatni.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak az alábbi előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyulási eredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják (a beteg aláírása előtt az orvos tölti ki):

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelésekből bármelyikének, mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve gyógyeredmény alakulásáért az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

A kezelésbe (műtét stb.) való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam az alábbi kezelést (műtét) elvégezzék:

Hozzá tartozóim tájékoztatására a következőket rendelem:

Kelt:

.....
kezelőorvos aláírása

.....
a beteg vagy törvényes képviselő
aláírása

.....
lakcím