

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott ..... (név) ..... (szül. év/hó/nap)  
tanúsítom, hogy Dr. .... kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról.

- 1.) Betegségemről, mely .....
- 2.) Javasolt kezelésemről, mely .....  
mindezek kockázatáról, melyek .....

A kezelés műtét elmaradásából származó hátrányokat megismertem.

- 3.) A javasolt gyógymód kockázatairól és gyakoribb szövődményeiről szóban feltett kérdéseimre megfelelő választ kaptam.  
Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, hogy milyen kezelést szeretnék.  
Tájékoztattak arról, hogy orvosaim folyamatosan készeK engem állapotomról, ill. annak változásáról megfelelően tájékoztatni.  
Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhat előre nem várt szövődmény, mely a gyógyulásom, kórházban tartózkodásom időtartamát megnyújthatja, kedvezőtlenül befolyásolhatja.
- 4.) Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelést elutasítani, ez esetben az ebből származó hátrányokért, szövődményekért a gyógyulás eredményeiért kezelőorvosaimat, akiknek kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.
- 5.) Kezelésemben, műtétbe való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján adom.  
Rajtam (kiskorú gyermekem, gondozottamon) a fent leírt beavatkozást, műtétet kezelőorvosaim elvégezhetik.

.....  
beteg v. gondviselője

.....  
orvos

- 6.) Aláírással megerősítem és kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről gyógykezelésem részleteiről gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletesen felvilágosítást kapni, ezért a döntéseket kezelőorvosaimra bízom.

.....  
beteg v. gondozója

- 7.) Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:
  - betegségemről teljes körű tájékoztatást kérek
  - betegségemről csak korlátozásokkal kérek tájékoztatást
  - semmiféle tájékoztatást ne adjanak a következő hozzátartozó(i)mnak:  
.....

Berettyóújfalu, ..... év ..... hónap ..... nap

\* A nem kívánt rész törlendő!