

NYILATKOZAT

Alulírott (szül.dátum:..... TAJ szám:)
tanúsítom, hogy engem kezelőorvosom,

Dr..... kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. A kivizsgálásom / kezelése alapjául szolgáló betegségről, tünet-együttesről, amely kórisme (magyarul is):

.....
Tudomásul veszem hogy betegsége(i)m pontos kórisméje ismert - nem ismert

2. A javasolt beavatkozásról (vizsgálat, kezelés, műtét), amely (magyarul is)
 - 2.1. Vérvétel(ek) után vérből történő laboratóriumi vizsgálatok
 - 2.2. Testnedvekből (széklet, vizelet stb) történő laboratóriumi vizsgálatok
 - 2.3. Röntgen vizsgálatok, CT (számítógépes rétegvizsgálat), MRI (mágneses rezonanciás vizsgálat), Ultrahang vizsgálat
 - 2.4. MŰTÉT / invazív beavatkozás:
3. Beleegyezem a szükségesnek tartott vér, vérkészítmények, gyógyszerek vagy más szükséges készítmények adásába.
4. Kijelentem, hogy a beavatkozás (vizsgálat, kezelés, műtét) természetéről és céljáról, a várható előnyökről és a műtéttel járó kockázatról, a kötelező elővigyázatosság ellenére adódó szövődmények lehetőségéről, valamint betegségem kezelésének egyéb lehetséges módozatairól megfelelő tájékoztatást, szóban feltett kérdéseimre kielégítő választ kaptam. Ismertették velem, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye. Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék arról, milyen beavatkozást szeretnék.
5. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozások bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelése során a visszautasítás miatt bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.
A kezelésbe (műtétbe) való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom.
Ennek alapján kérem, hogy rajtam a fent javasolt beavatkozás(oka)t elvégezzék.
6. Tudomásul veszem, hogy szakszerű beavatkozás esetén is előfordulhatnak az alábbi előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt és gyógytartamot kedvezőtlenül befolyásolhatják (a beteg aláírása előtt az orvos tölti ki):
.....
.....

7. A műtéti beavatkozás során azon változtatásokkal, amelyek a műtét alatt kényszerhelyzetben adódhatnak, egyetértek. Tudomásul veszem, hogy a műtétet az osztályvezető főorvos (vagy megbízottja) által kijelölt kezelőorvos fogja végezni.

