

## NYILATKOZAT M TÉTI BELEEGYEZÉSRŐL

Alulírott #!NEV;, #!BIRSZAM;, #!BVAROS; #!BUTCA; szám alatti lakos, az alábbi nyilatkozatot teszem:

1. Tanúsítom, hogy engem #!KEZORV; az alábbiakról világosított fel: betegségem, mely a kórisme szerint / illetve feltételezhető (megfelel rész aláhúzendő):.....
2. Beleegyezem, hogy rajtam az alábbi **m tétet, beavatkozást** elvégezzék:.....  
a javasolt gyógy mód, mely (magyarul): .....  
.....  
annak leggyakoribb kockázata, reális és hátrányos szöv dményei, illetve várható el nyei: .....  
.....  
és a helyette alkalmazható gyógy módok és annak esetleges hátrányai:.....  
.....
3. Kijelentem, hogy a m tét, beavatkozás, kezelés természetér l és céljáról, a várható el nyökr l és az ezekkel járó kockázatokról, a kötelez el vigyázatosság ellenére adódó szöv dmények lehet ségér l, valamint betegségem kezelésének egyéb lehetséges módozatairól **megfelel tájékoztatást kaptam**. Ismertették velem, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.
4. A m téti beavatkozás során azon **változtatásokkal, amelyek a m tét alatt kényszerhelyzetben adódhatnak, egyetértek**.
5. Tudomásul veszem, hogy a m tét, illetve rajtam végzett beavatkozás, kezelés során eltávolított szövetek, szervek, patológiai – és kórszövettani vizsgálatra kerülnek, továbbá beleegyezem azok esetleges további felhasználásába.
6. Beleegyezem, hogy a m tét, a beavatkozás, illetve a kezelés menetér l fénykép vagy videofelvételek készüljenek azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhetővé.
7. Tudomásom van arról, hogy a gyógyintézetben egészségügyi személyzet képzése is folyik, és ezért **beleegyezem** abba, hogy kezelésemben – felel s személy jelenlétében és annak felügyelete mellett - nemcsak orvosok, hanem **orvostanhallgatók, és más egészségügyi szakdolgozók** is részt vehessenek, akiket szintén az orvosi titoktartás kötelez.
8. Tudomásul veszem, hogy az **egészségi állapotom indokolt szakszer ellátás érdekében** m tétet vagy rajtam végzend beavatkozást az osztályvezet f orvos vagy helyettese által kijelölt orvos végzi, illetve irányítja az Egészségügyi Törvény figyelembevételével.
9. A kapott tájékoztatást elegend nek találtam, további felvilágosítást abban az esetben kérek, ha állapotom változása újabb vizsgálatokat, illetve beavatkozásokat tesz szükségessé.

Amennyiben a részletes orvosi felvilágosítás ellenére a m tétet, beavatkozást, illetve kezelést elutasítom, annak következményeiért a felel sséget átvállalom, azokat az orvosokat, akiket l a javasolt orvosi beavatkozást nem fogadtam el, a felel sség alól felmentem. Ebb l ered en velük, illetve az intézménnyel szemben semminem igényt nem támasztok.

Sopron, #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

.....  
a tájékoztató orvos aláírása

.....  
a beteg, törvényes képvisel ,  
vagy a meghatalmazott hozzátartozó aláírása

## I. SÜRGŐSSÉG ORVOSI IGAZOLÁSA

A betegtől, vagy illetékes személytől hozzájárulás elnyerése miatti késedelem a beteg életét vagy egészségét veszélyezteti, úgy ítéljük meg, hogy **SÜRGŐSSÉGI MŰTÉT SZÜKSÉGES**.

Sopron, #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

.....  
1. orvos aláírása

.....  
2. orvos aláírása

## II. AMBULÁNS BEAVATKOZÁS ÁLTALÁNOS ÉRZÉSTELENÍTÉSBEN

Ambuláns beavatkozás esetén közlöm az orvossal, amennyiben az utolsó hat órában a beavatkozás előtt ettem vagy ittam. Tudomásul vettem, hogy a beavatkozás befejezése után még nem tanácsos egyedül közlekednem, ezért kíséret nélkül nem vállalkozom a hazamenetelre. Megértettem, hogy az érzéstelenítés utóhatásai miatt legkorábban 24 óra múlva szabad aktívan utcai forgalomban részt vennem, autót vezetnem, gépen dolgoznom, netán szeszes italt fogyasztanom.

Sopron, #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

.....  
a beteg, törvényes képviselő,  
vagy a meghatalmazott hozzátartozó aláírása

## III. MŰTÉT, BEAVATKOZÁS, KEZELÉS MEGTAGADÁSA

A fenti tájékoztatás ismeretében az alábbi műtét, beavatkozás, illetve kezelés elvégzésébe nem egyezem bele:

Sopron, #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

.....  
a beteg, törvényes képviselő,  
vagy a meghatalmazott hozzátartozó aláírása

.....  
1. tanú aláírása

.....  
2. tanú aláírása

## IV. MEGERŐSÍTŐ NYILATKOZAT

(Amennyiben betegsége természetéről, gyógykezelése részleteiről, gyógyulási kilátásairól nem kíván részletes felvilágosítást kapni, és ezért a döntéseket kezelő orvosára bízta, úgy szíveskedjék a tartalmú nyilatkozatok kézírásával lejegyezni.)

Sopron, #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

.....  
a beteg, törvényes képviselő,  
vagy a meghatalmazott hozzátartozó aláírása

(A dokumentumot a MedWorkS rendszerben rögzítette: Dr. Szöllősi András O59678)