

## NYILATKOZAT M TÉTI BELEEGYEZÉSR L

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

1. Tanúsítom, hogy engem #!KEZORVPROP(3); #!KEZORVPROP(1); az alábbiakról világosított fel: betegségem, mely a kórisme szerint / illetve feltételezhető en (megfelel rész aláhúzandó):
2. Beleegyezem, hogy rajtam az alábbi **m tétet, beavatkozást** elvégezzék:  
a javasolt gyógymód, mely (magyarul):  
annak leggyakoribb kockázata, reális és hátrányos szöv dményei,  
illetve várható el nyei:  
és a helyette alkalmazható gyógymódok 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 kötelező 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 tétem, 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 felismerhető vé.
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 tétemet vagy rajtam végzend beavatkozást az osztályvezető f orvos vagy helyettese által kijelölt orvos végzi, illetve irányítja az Egészségügyi Törvény figyelembevételével.
9. A kapott tájékoztatást elegendő 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 eredően velük, illetve az intézménnyel szemben semminem igényt nem támasztok.

#!KORHCIMVAROS;, #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

.....  
a tájékoztató orvos aláírása

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

## I. SÜRGŐSSÉG ORVOSI IGAZOLÁSA

A betegt 1, vagy illetékes személyt 1 hozzájárulás elnyerése miatti késedelem a beteg életét vagy egészségét veszélyezteti, úgy ítéljük meg, hogy **SÜRGŐSSÉGI MŰTÉT SZÜKSÉGES**.

#!KORHCIMVAROS;, #!AKTDATUMHONAPNEVVVEL;

.....  
1. orvos aláírása

.....  
2. orvos aláírása

## II. AMBULÁNS BEAVATKOZÁS ÁLTALÁNOS ÉRZÉSTELENÍTÉSBEN

Ambuláns beavatkozás esetén közlöm az orvossal, amennyiben az utolsó hat órában a beavatkozás eltt 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.

#!KORHCIMVAROS;, #!AKTDATUMHONAPNEVVVEL;

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

## III. MŰTÉT, BEAVATKOZÁS, KEZELÉS MEGTAGADÁSA

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

#!KORHCIMVAROS;, #!AKTDATUMHONAPNEVVVEL;

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

.....  
1. tanú aláírása

.....  
2. tanú aláírása

## IV. MEGERŐSÍTŐ NYILATKOZAT

(Amennyiben betegsége természetér 1, gyógykezelése részleteir 1, gyógyulási kilátásairól nem kíván részletes felvilágosítást kapni, és ezért a döntéseket kezel orvosára bízta, úgy szíveskedjék e tartalmú nyilatkozatok kézírásával lejegyezni.)

#!KORHCIMVAROS;, #!AKTDATUMHONAPNEVVVEL;

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

(A dokumentumot a MedWorkS rendszerben rögzítette: #!AKTUSERNEVE; #!AKTUSERKODJA;)