

NYILATKOZAT MŰTÉTI 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 feltételezhetően (megfelelő rész aláhúzendő):.....
2. Beleegyezem, hogy rajtam az alábbi **műtétet, beavatkozást** elvégezzék:.....
a javasolt gyógmód, mely (magyarul):
.....
annak leggyakoribb kockázata, reális és hátrányos szövödményei, illetve várható előnyei:
.....
és a helyette alkalmazható gyógmódok és annak esetleges hátrányai:.....
.....
3. Kijelentem, hogy a műtét, beavatkozás, kezelés természetéről és céljáról, a várható előnyökről és az ezekkel járó kockázatokról, a kötelező elővigyázatosság ellenére adódó szövödmények lehetőségéről, valamint betegségem kezelésének egyéb lehetséges módozatairól **megfelelő tájékoztatást kaptam**. Ismertették velem, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.
4. A műtégi beavatkozás során azon **változtatásokkal, amelyek a műtét alatt kényszerhelyzetben adódhatnak, egyetérttek**.
5. Tudomásul veszem, hogy a műtétem, illetve rajtam végzett beavatkozás, kezelés során eltávolított szövetek, szervek, patológiai – és kórszövettani vizsgálatra kerülnek, továbbá beleegyezem azok esetleges további felhasználásába anonimizált formában, kutatási célra, különösen mesterséges intelligencia fejlesztésére felhasználják. Tudomásul veszem és elfogadom, hogy a szövetminták személyazonosításra alkalmatlan módon, név és egyéb személyes adatok nélkül kerülnek tárolásra és feldolgozásra, időbeli korlátozás nélkül. Kijelentem, hogy a fenti felhasználás során személyiségi jogaim nem sérülnek, egészségügyi vagy egyéb személyes adataim harmadik fél részére nem kerülnek átadásra, és azokhoz illetéktelen személy nem férhet hozzá.
6. Beleegyezem, hogy a műtét, a beavatkozás, illetve a kezelés menetéről 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 – felelős 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 szakszerű ellátás érdekében** műtétemet vagy rajtam végzendő beavatkozást az osztályvezető főorvos vagy helyettese által kijelölt orvos végzi, illetve irányítja az Egészségügyi Törvény figyelembevételével.
9. Beleegyezem, hogy a kezelőorvos gyógykezelésem segítése céljából az EESZT felületen egészségügyi anyagomba DÖR felülbírálattal betekinthes.

igen nem

10. A kapott tájékoztatást elegendőnek találtam, további felvilágosítást abban az esetben kérek, ha állapotom változása újabb vizsgálatokat, illetve beavatkozásokat tesz szükségessé.

Amennyiben a részletes orvosi felvilágosítás ellenére a műtétet, beavatkozást, illetve kezelést elutasítom, annak következményeiért a felelősséget átvállalom, azokat az orvosokat, akiktől a javasolt orvosi beavatkozást nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. Ebből eredően velük, illetve az intézménnyel szemben semminemű igényt nem támasztok.

Sopron, #!AKTDATUMHONAPNEVVVEL;

.....
a tájékoztató orvos aláírása

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

I. SÜRGŐSSÉG ORVOSI IGAZOLÁSA

A betegről, 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, vagy 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, vagy 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 kezelőorvosára bízta, úgy szíveskedjék e tartalmú nyilatkozatok kézírásával lejegyezni.)

Sopron, #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

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

(A dokumentumot a MedWorkS rendszerben rögzítette:)