

**BELEEGYEZ NYILATKOZAT  
KORASZÜLÖTT RÉSZLEG**

Alulírott **#!BANYJANEVE**; tanúsítom, hogy gyermekem **#!NEV**; (**#!SZULIDO**;) kezelésével kapcsolatban az alábbiakról kell mértékben felvilágosítást kaptam:

1. Beleegyezem az alábbi vizsgálatok és járulékos beavatkozások elvégzésébe:
  - Vérvételek után vérb l történ laboratóriumi vizsgálatok.
  - Testnedvekb l történ laboratóriumi vizsgálatok.
  - Oxygén adása.
  - Röntgenfelvételek, MR, CT készítése.
  - Kézfény kezelés.
  - Köldökkanülálás.
  - Gépi lélegeztetés, légzéstámogatás.
  - Sz r vizsgálatok (ultrahang, csíp sz rés, audiológia).
  - Kötelez véd oltás (BCG).
2. Beleegyezem a szükségesnek tartott gyógyszerek, infúziók adásába.
3. Kijelentem, hogy a beavatkozás (vizsgálat, kezelés) természetér l és céljáról, a várható el nyökr l és a beavatkozással járó kockázatról, a kötelez el vigyázatosság ellenére adódó szöv dmények lehet ségér l, valamint a betegség kezelésének egyéb lehetséges módzatairól megfelel tájékoztatást, szóban feltett kérdéseimre kielégít választ kaptam. Ismertették velem, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.
4. Beavatkozással járó esetleges kockázatok, szöv dmények:
5. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozások bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására, kivéve az olyan ellátásokat, melyek elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó egészségkárosodás következne be. Elutasítás esetén a kezelés során a visszautasítás miatt bekövetkez szöv dményekért, illetve a gyogyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadom el, a felel sség alól felmentem.
6. A beavatkozásba (vizsgálatba, kezelésbe) való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján, minden kényszert l mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy gyermekemen a fent javasolt beavatkozást/beavatkozásokat elvégezzék.
7. Tudomásul veszem, hogy a gyermek kezelését a vezet f orvos (vagy megbízottja) által kijelölt kezel orvos fogja végezni.
8. Tudomásom van arról, hogy az intézetben egészségügyi személyzet (orvostanhallgatók, egészségügyi szakdolgozók) képzése folyik, akiket orvosi titoktartás kötelez.
9. Az osztály/egység bejáratánál olvasható látogatási szabályokat tudomásul veszem, azokat betartom.

**#!KORHCIMVAROS**;, **#!AKTDATUMHONAPNEVVEL**;

.....  
a tájékoztató orvos aláírása

.....  
a beteg, törvényes képvisel ,

## SÜRGŐSSÉG ORVOSI IGAZOLÁSA

A beteg 1, vagy illetékes személyt 1 hozzájárulás elnyerése miatti késedelem a beteg életét vagy egészségét veszélyezteti, ezért úgy ítéljük meg, hogy sürgősségi ellátás szükséges.

#!KORHCIMVAROS;, #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

.....  
1. orvos aláírása

.....  
2. orvos aláírása