

NYILATKOZAT

Alulírott #!NEV; (szül.dátum: #!SZULIDO;) tanúsítom, hogy engem kezelőorvosom / tájékoztató orvosom, #!KEZORVPROP(3); #!KEZORVPROP(1); #!KEZORVPROP(4); kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. A kivizsgálásom / kezelésem alapjául szolgáló betegségről, tünet-együttesről, amely
.....
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), MR (mágneses rezonanciás vizsgálat), Ultrahang vizsgálat
 - 2.4. **MŰTÉT / invazív beavatkozás**
3. Beleegyezem a szükségesnek tartott gyógyszerek vagy más 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 döntsek arról, milyen beavatkozást szeretnék.
5. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozások bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás miatt bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akinek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. A kezelésbe (műtétbe) való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszerből 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, amelyek a várható gyógyeredményt és gyógytartamot kedvezőtlenül befolyásolhatják:

vérzés, izomsérülés, idegsérülés, csontsérülés, sebgyógyulási zavar, magasabb szintű csonkolás, mélyvénás trombózis, tüdőembólia, légzési és keringési elégtelenség.

Egyéb:.....
.....
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 elvégezni. Tanúsítom, hogy kezelőorvosom kijelölése megtörtént. Felvilágosítottak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni engem.
8. Tudomásom van arról, hogy az intézetben egészségügyi személyzet (orvostanhallgatók, egészségügyi

szakdolgozók) képzése is folyik, akiket orvosi titoktartás kötelez.

9. Amennyiben Ön betegségéről, különösen annak daganatos természetéről nem kíván részletes felvilágosítást kapni, úgy az alábbi nyilatkozatot – kézírásával megismételten leírva – aláírásával erősítse meg. (E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondása érvénytelen.)

"A betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. A döntéseket kezelőorvosomra bízom."

.....

10. **A kapott írásbeli és szóbeli tájékoztatást elegendőnek találtam, feltett kérdéseimre kielégítő választ kaptam, a beleegyező nyilatkozattal kapcsolatban további kérdésem nincs. Az intézet írásos házirendjét megismertem, az abban foglaltakat elfogadom.**

Sopron, #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

.....
a tájékoztató orvos aláírása

.....
a beteg (törvényes képviselő) aláírása

SÜRGŐSSÉG ORVOSI IGAZOLÁSA

A betegtől vagy illetékes személytől a hozzájárulás elnyerése miatti késedelem a beteg életét vagy egészségét veszélyezteti, ezért úgy ítéljük meg, hogy sürgősségi műtét szükséges.

Sopron, #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

.....
1. orvos

.....
2. orvos