



**Fül-orr-gégészeti és fej-
nyaksebészeti osztály**

Beteg beleegyező Nyilatkozat

AZONOSÍTÓ: PAMOK-FOG_O-04-
A01

NYILATKOZAT (felvételtől)

a Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórházban igénybe vett gyógyszerellátásokról

I. RÉSZ

A beteg neve: Sz. ig. száma/TAJ száma:

A beutalás indoka:

1. Alulírott kijelentem, hogy panaszaim miatt betegségem megállapítását és gyógyítását igénylem.
2. Részletes és érthető orvosi tájékoztatást kaptam tervezett kivizsgálásomról, az ennek során várhatóan szükséges vizsgálatokról. A kockázattal nem járó, vagy csak minimális kockázattal járó vizsgálati eljárások (*fizikális vizsgálat, vérvétel, EKG, ultrahang vizsgálat, hagyományos rtg vizsgálatok, végbél gumiujjal történő vizsgálata*) elvégzéséhez hozzájárulok. Az eszközös beavatkozások és a nagyobb szövődmény gyakorisággal járó vizsgálatok elvégzéséhez a kezelőorvos által adott szóbeli és írásos részletes felvilágosítást követően minden esetben írásban kérik hozzájárulásomat.
3. A bevezetésre kerülő gyógykezeléshez hozzájárulok. Vállalom, hogy a gyógyszerellátás eredményessége érdekében a kezelőorvossal és munkatársaival együttműködöm.
4. Vállalom, hogy klinikai kezelésem során az orvostanhallgatók oktatásához segítséget nyújtok.
5. Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem: (*megfelelő rész jelölendő*)
 - a) Betegségemről klinikai tartózkodásom során senkit ne tájékoztassanak
 - b) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztathatják:
.....
.....
 - c) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről csak az általam megjelölt, következő korlátozásokkal tájékoztathatják:
.....
 - d) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről kérésükre sem tájékoztathatják:
.....
6. Hozzájáruló nyilatkozatom bármely pontját, minden indoklás nélkül, a későbbiekben is visszavonhatom (I. III. rész)

Győr, 20



**Fül-orr-gégészeti és fej-
nyaksebészeti osztály**

Beteg beleegyező Nyilatkozat

AZONOSÍTÓ: PAMOK-FOG_O-04-
A01

.....
kezelőorvos

.....
beteg (vagy törvényes képviselője)

**II. RÉSZ
(távozáskor)**

7. A megfelelő rész jelölendő
- a) Távozásomkor klinikai kivizsgálásomról és kezelésemről zárójelentést kaptam és korábbi orvosi dokumentációimat hiánytalanul átvettem.
 - b) Távozásomkor zárójelentést nem kaptam, kezelőorvosom ígérete szerint azt 24 órán belül postázzák címemre.
8. Betegségem természetéről, várható kimeneteléről és a javasolt életmódról szóban is kellő tájékoztatást kaptam. A javasolt gyógymód kockázatairól, lehetséges, gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre megfelelő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek további kezelésemről.

Győr, 20

.....
kezelőorvos

.....
beteg (vagy törvényes képviselője)

III. RÉSZ

(Csak a hozzájárulás megtagadása esetén töltendő ki!)

9. Kijelentem, hogy a következő vizsgáló, illetve kezelési eljárás(ok)hoz, az annak (azoknak) szükségességéről, illetve a vizsgálat vagy kezelés elmaradásának következményeiről kapott részletes tájékoztatás ellenére **sem járulok** hozzá:

.....
.....
.....

Tudomásul veszem, hogy elutasításom következményeiért a felelősség reám hárul.

Győr, 20

.....
kezelőorvos

.....
beteg (vagy törvényes képviselője)

Tanúk:

**Petz Aladár Egyetemi
Oktató Kórház**
9024 Győr, Vasvári Pál. u. 2-4.
Tel.:+36(96)507-900



**Petz Aladár
Egyetemi Oktató Kórház**

OLDALAK SZÁMA: 3/3
VERZIÓ: 01
Érvénybelépés dátuma: 2010.03.01

**Fül-orr-gégészeti és fej-
nyaksebészeti osztály**

Beteg beleegyező Nyilatkozat

AZONOSÍTÓ: PAMOK-FOG_O-04-
A01

Név:.....Sz.ig.szám:.....Aláírás:.....

Név:.....Sz.ig.szám:.....Aláírás:.....