

NYILATKOZAT

Alulírott.....(szül. Dátum:..... TAJ szám.....)
tanúsítom, hogy engem kezelőorvosom,

Dr..... kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. A kivizsgálásom / kezeléseim alapjául szolgáló betegségeimről, tünet-együttesről,
amely kórisme (magyarul is):

Bőrdaganat

Tudomásul veszem, hogy betegsége(i)m pontos kórisméje ismert - nem ismert

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), MRI (mágneses
rezonanciás vizsgálat) Ultrahang vizsgálat

2.4 MŰTÉT / invazív beavatkozás:

Bőrdaganat eltávolítása helyi érzéstelenítésben

3. Beleegyezek a szükségesnek tartott vér, vérkészítmények, gyógyszerek vagy más szükséges
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 a betegségem kezelésének egyéb lehetséges módjairól 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 kezeléseim során a visszautasítás miatt bekövetkező szövődményekért, illetve a
gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól
felmentem. A kezelésbe (műtétbe) való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden
kényszerszertől 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, melyek a várható gyógyeredményt és gyógytartamot kedvezőtlenül befolyásolhatják (a
beteg aláírása előtt az orvos tölti ki):

Vérzés, sebgyógyulási zavar, kiújulás, sebgyógyulás

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 végezni. Tanúsítom, hogy kezelőorvosom kijelölése megtörtént.
Felvilágosítottam 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. Beleegyezem, hogy kórházi kezelésem időtartama alatt a betegségemre vonatkozó orvosi dokumentáció (lázlap)a kórházi ágy lázlap tartóján elhelyezve az egészségügyi személyzet számára folyamatosan hozzáférhető legyen. Beleegyezem, hogy a kezelés illetve a műtét során fénykép vagy videó felvételek készüljenek, azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhetővé.

igen

nem

10. Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:

.....
Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről az általam megjelölt következ
korlátozásokkal tájékoztassák:

.....
Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat betegségemről kérésükre se tájékoztassák:

11. 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.)

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

.....
12. 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.

Győr, 20..... hó-n.

.....
a tájékoztató orvos aláírása
aláírása

.....
a beteg (törvényes képviselő)

SÜRGÖSSÉG 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.

Győr, 20.....hónap.

.....

1. orvos

2. orvos