

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott #!NEV; (név) #!SZULIDO; (szül. idő) TAJ: #!TAJ; - tanúsítom, hogy engem

dr. Papp Miklós kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

Beleegyezem az Ortopéd Osztályra történő felvételembe és a szükséges kivizsgálásomba, kezelésembe.

1. A betegségről, mely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul):

A térd belső felének kopása.

Ék kivétel révén tengelykorrekció, a túlterhelt rész tehermentesítése.

2.A javasolt gyógymódról, mely (magyarul):

Annak kockázatairól: **Thrombosis, embolia, csont-,ér-,idegsérülés, vérzés.**.....

és a helyette alkalmazható gyógymódokról, mint:

valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és más szóbajövő kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait is.

3. A javasolt gyógymód kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, milyen kezelést szeretnék.

Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

Tájékoztattuk arról, hogy kórházunkban a közalkalmazotti jogviszonyban dolgozó munkatársak mellett a kórházzal vállalkozási szerződésben álló orvosok és szakdolgozók is tevékenykednek. Így az Ön gyógykezelése kapcsán (műtétek-, diagnosztikai és terápiás beavatkozások) Önt a kórházunkkal vállalkozási jogviszonyban lévő munkatárs is elláthatja. Ezt a tényt az Önre vonatkozó egészségügyi dokumentációk tartalmazzák. Amennyiben ezzel kapcsolatos részletes felvilágosítást kér, úgy ezt a kezelőorvosa vagy osztályos orvosa megadja.

* Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak az alábbi előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják (a beteg aláírása előtt az orvos tölti ki):

Műtét után 6 hét teljes tehermentesítés, fémkivétel sz.e.

* Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelése bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

* A kezelésbe (műtétbe, stb.) való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam az alábbi kezelést (műtétet) elvégezzék: **Fentiek**.....

* Aláírásommal megerősítve kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Ezért a döntéseket kezelőorvosaimra bízom. (Ezt a nyilatkozatot - elfogadása esetén - kézírásával megismételve leírva, majd aláírva az okirat végén kérjük erősítse meg. E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondása érvénytelen.)

4. ² Hozzáartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

a.) Az alább megnevezett hozzáartozóimat betegségről teljes körűen tájékoztassák:

: #!HNEV;

b.) Az alább megnevezett hozzáartozóimat betegségről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:.....nincs.....

c.) Az alább megnevezett hozzáartozóimat betegségről kérésükre se tájékoztassák: ...nincs.....

A részletes tájékoztatást megértettem, további kérdésem nincs.

Miskolc, #!AKTDATUM;

.....
A kezelőorvos aláírása

.....
A beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

Lakcíme:

/.

¹ Korlátozottan cselekvőképes, illetőleg cselekvőképtelen beteg esetén a nyilatkozatot a törvényes képviselő (hozzáartozó) adja. Korlátozottan cselekvőképes beteg esetén javasolható a beteg önálló nyilatkozattétele is, ez azonban a törvényes képviselő (hozzáartozó) nyilatkozatát nem pótolja.

² Hozzáartozó nyilatkozattételére a 4. pontban szereplő kérdések körében nincs mód.