

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott (szülő, törvényes képviselő) tanúsítom, hogy engem nevű gyermekemmel kapcsolatban kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. Gyermekem betegségéről, mely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul): **affect apnoe/sírási apnoe**  
A betegséggel kapcsolatos lehetséges szövődményekről és várható következményeiről: **többnyire ártalmatlan**
2. A javasolt gyógyomódról, mely (magyarul): **megfigyelés, tüneti**  
annak kockázatairól:  
valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és más szóba jövő kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait is. **rosszullét ismétlődése**
3. A szükséges laboratóriumi és egyéb vizsgálatokról: **szoros kórházi megfigyelés egészségügyi személyzet által. sz.e. vérnyomás, pulzus, oxigén saturáció mérése/vérvétel, mellkas rtg, EKG, ideggyógyászati vizsgálat, EEG, kardiológia vizsgálat. Rosszullét ismétlődése esetén fizikai ingerlés.**

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy gyermekem betegségét és lehetséges szövődményeit, a kezelést és kockázatait megértsem, szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam. Tudomásul veszem, hogy a szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, melyről a kezelőorvos folyamatosan kész engem tájékoztatni.

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.

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

Olvasásra átadott mellékletek száma/címe:

.....  
a felvilágosítást végző orvos aláírása

Miskolc,

.....  
szülő / a törvényes képviselő aláírása (1)

Törv. képvis. neve:

Születési ideje:

Születési helye:

Lakcíme:

(1) megfelelő aláhúzendó

(A dokumentumot a MedWorkS rendszerben rögzítette: