



BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott (név) szül idő

tanúsítom, hogy engem Dr. kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

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

.....

2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul): annak kockázatairól:

.....

és a helyette alkalmazható gyógymódokról, mint:

.....

valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és más szóbaeső 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.

* 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):

.....

* Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelésekből bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelés 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 kényszerből mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam az alábbi kezelést (műtétet) elvégezzék:

.....

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

4. Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

a) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:

b) Az alább megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:

c) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről kérésükre se tájékoztassák:

Kelt:

.....
kezelőorvos aláírása

.....
a beteg v. törvényes képviselőjének aláírása

.....
lakcíme