

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT EGYNAPOS SEBÉSZETI ELLÁTÁSBA

Beteg neve: _____ TAJ száma: _____

Születési hely/idő: _____ Anyja neve: _____

Alulírott tudomásul veszem, hogy rajtam a javasolt szemészeti műtétet egynapos sebészeti ellátás keretében elvégezzék.

Egészségi állapotomról, beleértve ennek javasolt gyógymódját is, a kockázatáról, lehetséges szövődményéről és a várható következményekről, az általam elolvasott, vagy más által részemre felolvasott külön műtéti és érzéstelenítésről szóló beleegyző nyilatkozatban tájékoztattam.

Egyetértek a műtéti beavatkozás azon változásaival, amelyeket a műtét alatt vészhelyzetben alkalmazhatnak.

A szóban feltett kérdéseimre megfelelő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon dönthessek arról, milyen kezelést szeretnék. Felvilágosítottak arról is, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelésekből bármelyikének vagy mindegyikének visszautasítására. Az emiatt bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

A kezelésbe (műtőbe, stb.) való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján, minden kényszerből mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam, illetve törvényes képviseltemen a következő műtétet, illetve beavatkozást elvégezzék.

Hozzájárulok, hogy a tervezett műtétet helyi érzéstelenítés mellett elvégezzék, ennek veszélyeiről, esetleges szövődményeiről kielégítő tájékoztatást kaptam.

Aláírással elismerem, hogy az Egészségügyi törvényben (1997: CLIV. tv.) foglalt jogaimnak megfelelően minden szükséges tájékoztatást (ideértve az ellátás kapcsán fizetendő esetleges térítési díjakat) megkaptam, azt megértettem.

Dátum:

orvos aláírása

beteg olvasható aláírása

beteg neve (olvasható): _____

törvényes képviselő aláírása

törv. képvis.* neve (olvasható): _____

TAJ szám: _____

születési helye, ideje: _____

lakcíme: _____

Bár betegségem természetéről részletes felvilágosítást kaptam, a tervezett műtétbe nem egyezem bele, annak következményeiért a felelősséget vállalom.

Dátum:

orvos aláírása

beteg olvasható aláírása

beteg neve (olvasható):

törvényes képviselő aláírása

törv. képvis.* neve (olvasható):

TAJ szám:

születési helye, ideje:

lakcíme:

* Cselekvőképzetlenség esetén a törv. képvis., korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg és a törv. képvis. együtt írhatja alá.

Beleegyezem, hogy a műtét/beavatkozás menetéről fényképek, vagy video felvételek készüljenek, azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhetővé. Tudomásul veszem, hogy műtétemnél egészségügyi dolgozók továbbképzése céljából jelen lehetnek. Hozzájárulok ahhoz, hogy a felvételeket a kórház időbeli és térbeli korlátozás nélkül az egészségügyi tevékenységéhez (értve ez alatt az oktatási tevékenységet is) felhasználja. A műtéti beavatkozással kapcsolatban a tájékoztatást megértettem, elegendőnek találtam, szóban feltett kérdéseimre megfelelő választ kaptam. Kellő idő állt rendelkezésemre, hogy szabadon döntsek a műtéti beavatkozásba történő beleegyezésről.

Dátum:

orvos aláírása

beteg olvasható aláírása

beteg neve (olvasható):

törvényes képviselő aláírása

törv. képvis.* neve (olvasható):

TAJ szám:

születési helye, ideje:

lakcím:

* Cselekvőképzetlenség esetén a törv. képvis., korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg és a törv. képvis. együtt írhatja alá.