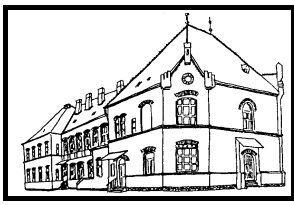

BETEGBELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

ORVOSI BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott ..…… (név) TAJ: □□□□□□□□□ **tanúsítom**, hogy engem a……..-on dolgozó Dr. ……..……..……..…….. **teljes körű felvilágosításban** részesített az alábbiakról:

1. **A betegségemről (magyarul**, esetleg latinul):……..…….
……..

2. A **javasolt gyógymódról**, amely (magyarul):……...

3. **A** helyette alkalmazható gyógymódról**, mint:……**
……..,
valamint ezek kockázatairól és következményeiről. Ismertette az ajánlott és más szóba jövő kezelési eljárás(ok) előnyeit, illetve hátrányait is.

3.1. 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 dönthessek arról, hogy milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattak, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

3.2. Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, amelyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják.

3.3. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a bekövetkező szövődményekért, illetve gyógyeredmények alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek kezelését nem fogadom el, a felelősség alól felmentem.

3.4. A kezelésbe, műtétbe való beleegyezésemet a teljeskörű tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom.

3.5. Ennek alapján kérem, hogy rajtam az alábbi kezelést / műtétet végezzék el:
……..……..

4. Aláírásommal **együtt** kinyilvánítom**, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról** nem kívánok részletes felvilágosítást kapni!

5. **Ezért a döntéseket kezelőorvosaimra bízom.**

6. **Csak akkor írja itt alá, ha a tájékoztatásról való lemondást választja: ……..…...……**

7. **Hozzátartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:**

5.1. Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:
……...

5.2. Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:…….

5.3. Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről kérésükre se tájékoztassák:
…….

Hódmezővásárhely, 20..……

……	……
a felvilágosítást és/vagy a beavatkozást végző aláírása	a beteg, vagy törvényes képviselő* aláírása

*A törvényes képviselő írta alá, mivel a beteg nem nyilatkozatképes, mert: Törvényes képviselő:
Név:
Lakcím:
Szül.dátum: