

**BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT INVAZÍV/MAGAS KOCKÁZATÚ
BEAVATKOZÁSHOZ**

Beteg neve: _____ szül.idő: _____ TAJ: _____

Törvényes képviselő/szülő neve: _____

Jelen nyilatkozat aláírásával tanúsítom, hogy a kezelőorvos megfelelő, számomra érthető módon részletesen tájékoztattott az alábbiakról:

- a betegség orvosi megítéléséről, természetéről, mely kórisme szerint magyarul: _____
- javasolt vizsgálat, beavatkozás: _____
- a javasolt vizsgálatról, beavatkozásról és annak kockázatairól
- a javasolt vizsgálat, beavatkozás elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól
- a javasolt vizsgálat/beavatkozás tekintetében döntési jogomról
- a vizsgálat, beavatkozás elvégzésének tervezett időpontjáról
- a javasolt vizsgálat, beavatkozás folyamatáról és várható kimeneteléről
- a leggyakoribb szövődményekről
- a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről, valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről
- további ellátásokról
- javasolt életmódról

További kérdéseim:

Kérdéseimre teljes mértékben kielégítő és számomra érthető, megfelelő tájékoztatást kaptam. Kijelentem, hogy további kérdésem nincs.

Beleegyezem az ésszerű határok között szükségesnek tartott vér (transzfúzió esetén külön beleegyező nyilatkozat aláírásába), gyógyszer, kábítószer vagy más anyagok beadásába, valamint az orvosok által szükségesnek tartott vizsgálati eljárások alkalmazásába.

Kijelentem, hogy valamennyi olyan – a birtokomban lévő- fontos információt megosztottam a kezelőorvossal, mely gyermekem (a gyámságom alatt álló személy) egészségi állapotára, korábbi betegségeire, gyógyszerérzékenységére, allergiájára, korábbi műtéteire vonatkozik.

Részletes és érthető orvosi tájékoztatást kaptam a tervezett beavatkozásról és az ennek során várhatóan szükséges egyéb vizsgálatokról. Esetleges kérdéseimet a kezelőorvos megválaszolta.

Hozzájárulok a gyermekem (a gyámságom alatt álló személy) gyógykezeléséhez, a fentebb nevezett beavatkozáshoz, illetve a szükségessé váló, elkerülhetetlen beavatkozások elvégzéséhez.

Kelt: _____

kezelőorvos aláírása szülő vagy törvényes képviselő aláírása

Szóbeli nyilatkozat esetén két tanú aláírása:

1. tanú

2. tanú

név: _____
sz. ig. szám: _____
lakcím: _____
aláírás: _____

név: _____
sz. ig. szám: _____
lakcím: _____
aláírás: _____