

Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak

Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály

Osztályvezető főorvos: Dr. Végh György PhD.

1125 Budapest, Diós árok 1-3.

Telefon: Iroda tel.: 458-4592 Internet: www.janoskorhaz.hu

TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT ORVOSI KEZELÉSHEZ

Név: _____ TAJ száma: _____

Születési dátuma: _____

A kórházi kezelést indokló betegsége:

A tájékoztatást adó orvos neve:

* A beavatkozás (ill. műtét) megnevezése:

* A beavatkozás (ill. műtét) célja:

* A beavatkozást (ill. műtétet) végző orvos neve:

(a * manuális tevékenység esetén töltendő ki!)

Kérem a gyógyintézetet, hogy a fent megnevezett kezelést, és/vagy kivizsgálást, és/vagy az annak részét képező beavatkozást, /ill. műtétet/ rajtam elvégezni szíveskedjenek. A megajánlott kezelés/beavatkozás elvégzéséhez egyetértő beleegyezésemet adom, valamint az általános ellátáshoz tartozó beavatkozásokhoz (vérvétel, injekció, infúzió, laborvizsgálatok) hozzájárulok. Elismerem, hogy döntésem megkönnyítésére személyesen megfelelően tájékoztattak.

Elismerem, hogy részletes szóbeli tájékoztatást kaptam:

- az egészségügyi állapotomról, beleértve ennek orvosi megítélését is,
- a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról,
- a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól,
- a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjáról,

- a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről,
- az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről,
- a tervezett beavatkozás lehetséges szövődményeiről

Tudomásul veszem, hogy a javasolt életmódról illetve a további ellátások szükségességéről és/vagy lehetőségeiről az ellátás későbbi szakaszában, az eredmények birtokában kapok szóbeli és/vagy írásbeli tájékoztatást.

A beavatkozással és a beavatkozás szükségyszerű változtatásával, amelyek a beavatkozás/műtét/műszeres vizsgálat alatt kényszerhelyzetben adódhatnak, egyetértek. A beavatkozás olyan, orvosilag indokolt kiterjesztéséhez, amely előre nem volt látható, hozzájárulásomat adom.

Megértettem, tudomásul veszem és hozzájárulok / nem járulok hozzá* ahhoz, hogy a kivizsgálásom és kezelése során tanuló nővérek, orvostanhallgatók, szakorvos jelöltek részt vegyenek. (a *-gal jelzett részek közül a megfelelő aláhúzendő).

Amennyiben a kivizsgálásom/kezelésem során felmerül a műtét/műszeres vizsgálat vagy egyéb ellátás szükségessége, akkor a beavatkozáshoz szükséges érzéstelenítési formákról és a műtét lényegéről külön írásbeli tájékoztatást kapok.

A megajánlott **kezeléshez** egyetértő beleegyezésemet adom, mely megtevesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes. Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom, illetve az ellátás megszakítását kérhetem.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott *kivizsgálások / kezelések / műtétek egészét, vagy részét, az ellátás megkezdése előtt, vagy az ellátás folyamata alatt bármikor* elutasítani. Ez esetben a kezelése során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

A beleegyezési nyilatkozathoz tartozó, a feltételezett betegség leírását tartalmazó felvilágosító ismertetőt (..... mellékletet) elolvastam, és a

feltételezett betegséggel kapcsolatos szóbeli felvilágosítást megkaptam, az ismertetőben és a felvilágosításban foglaltakat megértettem.

Kijelentem, hogy kórházi kezelésem alatt más intézmény járóbeteg ellátását csak abban az esetben veszem igénybe, ha a vizsgálatra a Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza és Észak-budai Egyesített Kórházai orvosa utal be, az adott kezelés időtartama alatt és azzal összefüggésben.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben a fekvőbeteg ellátásomat végző kezelőorvosom tudta nélkül más intézményben ambuláns ellátást veszek igénybe, annak költségét a kórház rám terhelheti, és a behajtása érdekében szükséges intézkedéseket megteheti.

A beteg által feltett egyéb kérdésekre adott válaszok:

Budapest,

.....
A felvilágosítást végző orvos aláírása

.....
A beteg (törv. képv.) aláírása

KEZELÉST VAGY MŰTÉTET VISSZAUTASÍTÓ NYILATKOZAT

A kezelőorvos által javasolt és tervezett műtétbe, illetve orvosi beavatkozásba nem egyezem bele, még ha ez a visszautasítás az egészséget vagy akár életemet is veszélyezteti.

Mindezt felelősségem teljes tudatában jelentem ki, annak ellenére, hogy orvosaim személyes megbeszélés során a kezelés elmaradásának káros következményeiről, hátrányairól tájékoztattak.

A kezelés visszautasítása miatt várhatóan kialakuló nem kívánt mellékhatás, vagy egészségkárosodás kialakulásának felelőssége alól az orvosokat, és az intézetet felmentem.

Tudomásul veszem, hogy a visszautasításra vonatkozó nyilatkozatomat bármikor alaki kötöttség nélkül visszavonhatom. A felvilágosítást megértettem.

Visszautasítom a felajánlott:

.....***kezelést/kivizsgálást****

műtétet*

vérkészítmény adását *

(a-gal jelölt rész megfelelően aláhúzandó)*

Budapest,

.....
A felvilágosítást végző orvos
aláírása

.....
A beteg (törv. képv.) aláírása