

JAHN FERENC DÉL-PESTI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET
EGYNAPOS SEBÉSZETI, VAGY INVAZÍV BEAVATKOZÁSBAN RÉSZESÜLŐK
NYILATKOZATA

Az egynapos sebészeti, illetve invazív beavatkozással összefüggő egyéniesített, teljes körű tájékoztatást követően az Eü. tv. 15-16. § - ában foglaltak szerint, teljes felelősségem tudatában az alábbiak szerint nyilatkozom arról, hogy:

- lakás- és higiénés körülményeim megfelelőek,
- tartózkodási helyemtől az ellátó egészségügyi intézmény személygépkocsival (mentővel) - átlagos forgalmat figyelembe véve - 30 perc alatt elérhető,
- tartózkodási helyemen telefon biztosított,
- hazaszállításomkor és a tartózkodási helyemen a műtétet követő éjszakán részemre a felügyelet, valamint szükség esetén a megfelelő egészségügyi ellátáshoz jutásom lehetősége biztosított,
- hozzájárulok a műtétem egynapos sebészeti ellátás formájában történő elvégzéséhez,
- kellően megfontolt, befolyástól mentes önálló döntésem alapján a lehetséges alternatív gyógy módok és esetlegesen felmerülő szövődmények/kockázatok ismeretében kifejezetten hozzájárulok és beleegyezem, és kérem az alábbiakban megjelölt egynapos sebészeti, illetve invazív beavatkozás elvégzését.

Elvégzendő beavatkozás megjelölése:

AZ ORVOS TÖLTI KI!

Jelen nyilatkozat útján is elismert személyre szóló, egyéniesített tájékoztatásom alapján teljes felelősségem tudatában tudomásul veszem és kijelentem, hogy a beavatkozás elvégzése eredményeként bekövetkező **átmeneti fizikai- és szellemi/tudatállapot gyengeségre tekintettel, a gyógyintézetet orvosi indikáció alapján legalább 4 órán át, illetve a beavatkozás súlyosságára is tekintettel legalább órán át nem hagyhatom el**, és a hatékony ellátásom érdekében előírt orvosi utasításokat teljes-körüen betartom. Ezen kötelezettségeim esetleges megsértésével összefüggésben keletkező egészségromlásért, illetve vagyoni- és nem vagyoni károkért a gyógyintézet felelősségét kizárom, azok teljes egészében rám hárulnak.

Ellátásban részesülő neve: TAJ száma:.....

Édesanyja neve:..... Születési helye, ideje:

Lakcíme:.....

Ellátásban részesülő aláírása:.....

Orvos aláírása, pecsétje:.....

Tanú 1:
név:
lakcím:
aláírás:

Tanú 2:
név:
lakcím:
aláírás: