

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

(invazív beavatkozásokhoz: vizsgálat, kezelés, érzéstelenítés, műtét, stb.)

Az Osztály neve:

A beteg neve: Születés ideje:(év, hó, nap);

TAJszám:.....

Az orvos tölti ki:

Az invazív vizsgálat, kezelés, érzéstelenítés, műtét megnevezése, melyhez a jelen beleegyező nyilatkozatot kéri:

.....

A fent megnevezett invazív vizsgálatra, kezelésre, érzéstelenítésre, műtétre vonatkozó **egyéni** **sített, teljes körű tájékoztatást** a betegnek (vagy törvényes, képviselőjének, hozzátartozójának) **megadtam**, kitérve a javasolt vizsgálat, érzéstelenítés, gyógymód lehetséges veszélyeire, szövődményeire, a javasolt helyett alkalmazható egyéb alternatív lehetőségekre, azok előnyeire, hátrányaira. A tájékoztatást úgy és olyan mélységig adtam, mely megítélésem szerint a beteg, illetve képviselője számára szükséges, érthető és a beteg állapotában megfelelő.

Kelt: Budapest, **A beavatkozást végző orvos aláírása, pecsétje:**

Tisztelt Betegünk!

=> Orvosa tájékoztatja Önt a betegségével kapcsolatban javasolt invazív vizsgálatokról, kezelésről, érzéstelenítésről, műtétről, a lehetséges alternatívákkal együtt. Ellátása során, szakmailag megalapozott, az Ön érdekeit leginkább szolgáló gyógymód kiválasztására kerül sor.

=> A tájékoztatás meghallgatásához kérheti, hogy hozzátartozója, ápolója, vagy egyéb személy jelen lehessen.

=> A tájékoztatást követően Öntől orvosa a fenti ellátáshoz írásbeli hozzájárulását kéri.

A beteg (vagy képviselője) tölti ki:

1. E nyilatkozatot a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet keretében kezelt **betegként/a beteg törvényes képviselőjeként** adom. (Kérjük, jelölje a megfelelőt. A beteg képviselője lehet: a törvényes képviselő, pl. gondnoka, gyámja, illetve a beteg közeli hozzátartozója, pl. házastársa, egyenes ágbeli rokona, élettársa, testvére, stb.)
2. Kellően megfontolt, befolyástól mentes, önálló döntésem alapján, a lehetséges alternatív gyógymódok és esetlegesen felmerülő szövődmények/kockázatok ismeretében elfogadom a fentiekben megjelölt javasolt invazív beavatkozást, vizsgálatot, érzéstelenítést, gyógymódot, továbbá az előrelátható orvosi intézkedésekkel és kezelésmódokkal egyetértek.
3. Megértem és elfogadom, valamint kifejezetten hozzájárulok mindazon kezelés kiterjesztéshez és változtatásához, amely a megjelölt invazív vizsgálat, beavatkozás során szükségessé válik vagy célszerűnek mutatkozik és a javamra szolgál, az orvosilag indokolt és szükséges mértékben.
4. **Egyedül az alábbiakba nem egyezem bele:**
.....
.....

(Kérjük, itt jelölje meg, mibe nem egyezik bele akkor sem, ha annak elmaradása az Ön életét veszélyeztetné, vagy Ön számára aránytalanul súlyos terhet, vagy maradandó károsodást jelentene. Ebben az esetben két tanú együttes jelenlétében kell megtenni a visszautasító nyilatkozatot. A nyilatkozatot a tanúk aláírásukkal hitelesítik!)

5. Tudomásul veszem, hogy a felajánlott orvosi ellátást elutasíthatom, illetve beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. A felajánlott ellátás visszautasítása kapcsán bekövetkező káros egészségügyi következményekért orvosaimat felelősség nem terheli. Beleegyezésem alapos ok

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

(**invazív beavatkozásokhoz:** vizsgálat, kezelés, érzéstelenítés, műtét, stb.)

nélküli visszavonása esetén kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

6. Tudomásul veszem és elfogadom, hogy az orvostudomány nem egzakt tudomány, ezáltal a műtét/beavatkozás eredménye előre nem garantálható és a szakszerű kezelés ellenére is előfordulhatnak nem várt szövődmények, melyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják.
7. Beleegyezem, hogy a műtét során diagnosztikus céllal eltávolított szerveket, szövetmintákat szövettani vizsgálatot követően a laboratóriumban megőrizték és azokból tudományos céllal és igénnyel feldolgozásokat végezzenek, illetve a betegséggel kapcsolatos orvosi leleteket és eredményeket a gyógyintézet tudományos céllal felhasználhassa.
8. Hozzájárulok ahhoz, hogy a műtét/beavatkozás menetéről fénykép, vagy videofelvétel készüljön azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhetővé.
9. Tudomásul veszem és elfogadom, hogy a gyógyintézetben egészségügyi személyzet, orvostanhallgatók és rezidensek képzése is folyik. Beleegyezem abba, hogy kezelésben – felelős személyek jelenlétében és azok felügyelete mellett – oktatási célból az előzőekben megjelölt személyek is részt vehessenek a törvény által előírt titoktartási kötelezettség betartásával.
10. Tudomásomra hozták, hogy a **vérkészítmények adásának** engedélyezése/nem engedélyezése, külön dokumentumon tehető meg.
11. Hozzájárulok, hogy a műtét/altatás során valamint a műtétet követő ellátás időtartamára, betegazonosító karszalag kerüljön felhelyezésre.
12. Hozzájárulok ahhoz, hogy a gyógykezeléssel összefüggésben keletkezett egészségügyi adataimat a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet a törvényi előírásoknak megfelelően kezelje, szükség esetén pedig az esetleges orvosszakmai hiba feltárása céljából szakorvosnak, vagy szakorvosi szervezetnek továbbítsa. Egészségügyi adataim kezelésére felhatalmazom továbbá a vizsgálatot végző gyógyintézet adatvédelmi felelősét.
13. Kijelentem, hogy módot adtak a gyógyintézet **Házirendjének** megismerésére, azt magamra nézve kötelezően elfogadom. Kijelentem, hogy a fentiekben nevesített ellátással összefüggésben további kérdésem nincs. Kijelentem továbbá, hogy fenti nyilatkozataim akaratommal mindenben megegyeznek, és ezt aláírással is megerősítem.

**A beavatkozással kapcsolatos egyéniesített, teljes körű tájékoztatást szóban: MEGKAPTAM;
NEM KAPTAM MEG**

**A beavatkozással kapcsolatos egyéniesített, teljes körű tájékoztatást írásban: MEGKAPTAM;
NEM KAPTAM MEG**

(* a megfelelő szövegrész aláhúzendő)

Az átadott tájékoztatási protokoll megnevezése:

.....
A beavatkozásra vonatkozó fentiekben megjelölt **részletes tájékoztatási protokoll** a szóbeli tájékoztatást követően és a jelen beleegyző nyilatkozat aláírása előtt részemre átadásra került, az abban foglaltakat – a szóbeli tájékoztatással együtt - **megértettem és elfogadom, melynek alapján jelen beleegyző nyilatkozat útján kifejezetten kérem a nevezett beavatkozás elvégzését.** A hivatkozott tájékoztatási protokoll a jelen nyilatkozat elválaszthatatlan részét képezi.

Beteg, vagy képviselője dátummal ellátott saját kezű aláírása:

.....
Cím (ha nem a beteg, hanem képviselője írta alá):

1. Tanú (név, aláírás, lakcím).....

2. Tanú (név, aláírás, lakcím).....