

Dr. Bugyi István Kórház, Szentes

.....osztály

Beleegyző nyilatkozat 1.

Beteg neve: TAJ:

A/1. Tanúsítom, hogy orvosaim betegségem természetéről, mely kórisme szerint (magyarul)kellően felvilágosítottak.

A/2. Beleegyzem az ésszerű határok között szükségesnek tartott vér, gyógyszer, kábító hatású fájdalomcsillapító, vagy más anyagok beadásába, valamint az orvosok által indokoltnak tartott vizsgálati eljárások (különösképpen infúzió, injekció, katéterezés) alkalmazásába. A kezelés várható következményeire vonatkozó tájékoztatást is tudomásul vettem.

A/3. Tudatában vagyok, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének az elutasítására. Ez esetben a kezelésem elmaradásából származó és eredő következményekre vonatkozó tájékoztatást is tudomásul vettem, az elutasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógy-eredmény alakulásáért az orvosokat – akiknek a kezelését nem fogadom el – a felelősség alól felmentem.

A/4. Tudomásul veszem és elfogadom, hogy a betegellátást a szervezeti egység vezető vagy megbízottja által kijelölt orvos, illetve orvos – csoport végzi el.

.....
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

B. Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig a gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni, a döntéseket a kezelőorvosomra bízom.

Felhatalmazom orvosaimat, hogy rajtam a szükséges beavatkozásokat elvégezzék.

(E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondás érvénytelen.)

.....

.....

.....

.....
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

C. Hozzátartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

1. Az alább megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről teljes körűen tájékoztassák:

.....
.....
.....
.....

2. Az alább megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:

.....
.....
.....
.....

3. Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat kérésükre se tájékoztassák:

.....
.....
.....
.....

.....évhónap

.....
kezelőorvos aláírása

.....
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása