

KRÓNIKUS BELGYÓGYÁSZATI

Dr. Bugyi István Kórház, Szentes

DR. BUGYI ISTVAN KÓRHÁZ
.....
6600 Szentes, Sina Ferenc u. 44-58.osztály.
Krónikus Belgyógyászati osztály
Tel.: 63/313-244/251
ÁNTSZ kód: 0601C0102

Beleegyező nyilatkozat 1.

Beteg neve: TAJ:.....

A/1. Tanúsítom, hogy orvosaim betegsége természetéről, mely kórisme szerint (magyarul)

..... kellően felvilágosítottak.

A/2. Beleegyezem 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 kezelés elmaradásából származó és eredő következményekre vonatkozó tájékoztatást is tudomásul vettem, az elutasítást 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 a 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.)

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

C. Hozzá tartozóim 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:

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

..... év hó nap

.....
kezelőorvos aláírása

.....
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása