
BETEGNYILATKOZAT

EGYNAPOS BEAVATOKOZÁS ELVÉGZÉSÉHEZ

Beteg neve:

TAJ:

Törzsszám:

Születési dátum:

Lakcím:

A részemre nyújtott egyéniesített, teljes körű tájékoztatást követően kérem és hozzájárulok ahhoz, hogy a Szent Margit Kórház a gyógykezelésemhez szükséges vizsgálatokat, beavatkozásokat, műtéteket ún. egynapos ellátás keretében végezze el, erre tekintettel az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) 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 jutás lehetősége biztosított,*

Nyilatkozom továbbá arról, hogy a tájékoztatást megkaptam az alábbiakról:

- *az ellátás egynapos jellegéről és speciális követelményeiről, annak alternatíváiról;*
- *az egynapos ellátást megelőző és követő vizsgálatok típusairól, időbeliségéről;*
- *az egynapos ellátást követő speciális követelményekről és lehetőségekről.*

Kellően megfontolt, befolyástól mentes önálló döntésem alapján a lehetséges alternatív gyógymódok és az esetlegesen felmerülő szövődmények és kockázatok ismeretében kifejezetten hozzájárulok, beleegyezem és kérem az alábbiakban megjelölt egynapos ellátás elvégzését:

(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-körűen betartom. Ezen kötelezettségeim esetleges megsértésével összefüggésben keletkező egészségromlásért, illetve vagyoni- és nem vagyoni károkért a gyógyintézet felelősségét kizárom, azok teljes egészében rám hárulnak.

Dátum:

.....

.....

Beteg vagy törvényes képviselője aláírása

Tanú 1

Tanú 2

név

név:

lakcím:

lakcím:

aláírás:

aláírás: