



## TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT ORVOSI KEZELÉSHEZ

NÉV: .....  
Születési dátuma: ..... TAJ száma: .....  
A kórházi kezelést indokló betegsége: .....  
A tájékoztatást adó orvos neve: .....  
  
\* A beavatkozás/kezelés (ill. műtét) megnevezése: .....  
\* A beavatkozás/kezelés (ill. műtét) célja: .....  
\* A beavatkozást/kezelést (ill. műtétet) végző orvos neve: .....

(a \* manuális tevékenység esetén töltendő ki!)

Kérem a gyógyintézetet, hogy a fent megnevezett kezelést, és/vagy kivizsgálást, és/vagy az annak részét képező beavatkozást, /ill. műtétet/ rajtam elvégezni szíveskedjenek. A megajánlott kezelés/beavatkozás elvégzéséhez egyetértő beleegyezésemet adom, valamint az általános ellátáshoz tartozó beavatkozásokhoz (vérvétel, injekció, infúzió, laborvizsgálatok) hozzájárulok. Elismerem, hogy döntésem megkönnyítésére személyesen megfelelően tájékoztattak.

Elismerem, hogy részletes szóbeli tájékoztatást kaptam:

- I. az egészségügyi állapotomról, beleértve ennek orvosi megítélését is,
- II. a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról,
- III. a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól,
- IV. a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjáról,
- V. a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről,
- VI. az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről,
- VII. a tervezett beavatkozás lehetséges szövődményeiről

Tudomásul veszem, hogy a javasolt életmódról illetve a további ellátások szükségességéről és/vagy lehetőségeiről az ellátás későbbi szakaszában, az eredmények birtokában kapok szóbeli és/vagy írásbeli tájékoztatást.

A beavatkozással és a beavatkozás szükségszerű változtatásával, amelyek a beavatkozás/műtét/műszeres vizsgálat alatt kényszerhelyzetben adódhatnak, egyetértek. A beavatkozás olyan, orvosilag indokolt kiterjesztéséhez, amely előre nem volt látható, hozzájárulásomat adom.

Megértettem, tudomásul veszem és **hozzájárulok / nem járulok hozzá\*** ahhoz, hogy a kivizsgálásom és kezelése során tanuló nővérek, orvostanhallgatók, szakorvos jelöltek részt vegyenek. (a \*-gal jelzett részek közül a megfelelő aláhúzendó).

Amennyiben a kivizsgálásom/kezelésem során felmerül a műtét/műszeres vizsgálat vagy egyéb ellátás szükségessége, akkor a beavatkozáshoz szükséges érzéstelenítési formákról és a műtét lényegéről külön írásbeli tájékoztatást kapok.

A megajánlott **kezeléshez** egyetértő beleegyezésemet adom, mely megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes. Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom, illetve az ellátás megszakítását kérhetem.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott *kivizsgálások / kezeléseik / műtétek egészét, vagy részét, az ellátás megkezdése előtt, vagy az ellátás folyamata alatt bármikor* elutasítani. Ez esetben a kezelése során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.



**A beleegyezési nyilatkozathoz tartozó, a feltételezett betegség leírását tartalmazó felvilágosító ismertetőt (..... [dokumentum megnevezése]) elolvastam, és a feltételezett betegséggel kapcsolatos szóbeli felvilágosítást megkaptam, az ismertetőben és a felvilágosításban foglaltakat megértettem.**

Kijelentem, hogy kórházi kezelése alatt más intézmény járóbeteg ellátását csak abban az esetben veszem igénybe, ha a vizsgálatra a Budapesti Szent Margit Kórház orvosa utal be, az adott kezelés időtartama alatt és azzal összefüggésben.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben a fekvőbeteg ellátásomat végző kezelőorvosom tudta nélkül más intézményben ambuláns ellátást veszek igénybe, annak költségét a kórház rám terhelheti, és a behajtása érdekében szükséges intézkedéseket megteheti.

A beteg által feltett egyéb kérdésekre adott válaszok: .....

.....

Budapest, .....

.....  
A felvilágosítást végző orvos aláírása

.....  
A beteg (törv. képv.) aláírása