

**Tájékozott beleegyezés**

Oldal: 1/3

BAJAI KÓRHÁZ

A/1.

NYILATKOZAT**Az egészségügyi ellátás elvégzésére való hozzájárulás megadásáról**_____
Osztály megnevezése_____
Felvilágosítást végző orvos neve

1./ Beteg neve: _____

Születési helye, ideje: _____

Anyja neve: _____

Lakóhelye: _____

TAJ száma: _____

2./ A betegség megnevezése (magyar nyelven): _____


3./ A tervezett kezelés (magyar nyelven):

- Előnyei:

- Kockázatai:

- Helyette alkalmazható gyógymódok:

4./ A tervezett kezelés, beavatkozás visszautasítása esetén várható kockázatok: _____

	<h2>Tájékozott beleegyezés</h2> <p style="text-align: right;">Oldal: 1/3</p>
---	--

NYILATKOZAT

Tisztelt betegünk! A jelen nyilatkozatot aláírás előtt szíveskedjék körültekintően átolvasni, szükség esetén kérje kezelőorvosa segítségét.

Alulírott, fent megnevezett személy ügyeim viteléhez szükséges belátási képességem, cselekvőképességem teljes birtokában, szabad akaratomból, minden kényszertől és befolyástól mentesen kijelentem és aláírásommal igazolom, hogy a kezelő orvos által állapotomról adott általam teljes körűnek elismert tájékoztatást megértettem.

Betegségem gyógykezelése céljából az intézmény, mint egészségügyi szolgáltató által tervezett kezeléshez, orvosi beavatkozáshoz, műtéthez

beleegyezésemet teljes körűen megadom,

s kérem azok elvégzését.

A fenti nyilatkozatot az alábbi tájékoztatás ismeretében teszem:

1. A kezelőorvostól kapott általam igényelt és értett megfelelő tájékoztatás alapján megértettem betegségem természetét, a javasolt, illetve helyette alkalmazható beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeit és kockázatait, ezzel összefüggésben a beavatkozás várható eredményét, esetleges szövődményét, károsító hatását, valamint ezek bekövetkezésének valószínűségét. Felvilágosítást kaptam az ellátás várható tartalmáról és kimeneteléről, az ezt követően szükséges további gyógykezelésről, illetve javasolt életmódról.
2. A javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében az ellátás bármelyik, vagy mindegyik visszautasításának joga megillet, ha ezek elmaradása mások életét, testi épségét nem veszélyezteti. A felajánlott ellátás visszautasítása miatt bekövetkezett közvetlen vagy közvetett szövődményekért, illetve állapotom további alakulásáért a Bajai Kórházat, mint egészségügyi szolgáltatót felelősség nem terheli.
3. A gyógykezeléssel kapcsolatos tájékoztatási jogomról – írásban – lemondhatok, illetőleg más személyt a helyettem való tájékoztatásra külön írásbeli nyilatkozattal feljogosíthatok.
4. Amennyiben az általam elfogadott ellátás (kezelés, beavatkozás, műtét) közben valamilyen kiegészítő beavatkozás szükséges ezen nyilatkozatom az egészségem védelme érdekében szükséges mértékig ezekre, a beavatkozásokra is érvényes. Az orvosi beavatkozás során esetleg szükséges vérátömlesztést, valamint emberi vérből készített anyagok, gyógyszerek beadását nem ellenzem.
5. A jelen beleegyző nyilatkozatom bármikor írásban visszavonható, azonban a beleegyezés alapos ok nélküli visszavonása esetén kötelezhető vagyok a visszavonás következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.
6. A Bajai Kórház házirendjének, az orvosok, az asszisztensek, betegek érdekeit szolgáló utasításának betartása minden betegre – így a jelen nyilatkozat megtevőjére is - vonatkozik.
7. Közokiratban, teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenség esetén két tanú együttes jelenlétében megnevezhetek olyan cselekvő képes személyt, aki jogosult helyettem a beleegyezés, illetve a visszautasítás jogának gyakorlására, vagy akit egészségi állapotomról tájékoztatni lehet.



Tájékozott beleegyezés

Oldal: 1/3

8. A beleegyezés, illetve visszautasítás jogának helyettem történő gyakorlásából a 7. pontban meghatározott személy mellett, vagy anélkül is kizárhatok bárkit (az Egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. Tv. 16. § (2) bekezdésében meghatározott személyek közül) illetve meghatározhatom azon személyek körét, akik részére állapotommal kapcsolatos tájékoztatás nem adható.
9. Tudomásom van arról, hogy esetleges panaszommal a kórházi etikai bizottsághoz is fordulhatok.
10. Ezen nyilatkozatom alapján a Bajai Kórház jogosult – személyem azonosítási lehetőségének teljes kizárásával – a kezeléssel kapcsolatos orvosi dokumentációt, adatokat, tudományos illetve oktatási célra felhasználni.

Baja, _____ év _____ hó _____ nap

felvilágosítást végző orvos

beteg

nyilatkozat

A beteg által megnevezett, a
megtételére feljogosított személy

Amennyiben a nyilatkozat megtételére a beteg más személyt jogosít fel csak ezen személy aláírása szükséges. Ez esetben a feljogosító közjogiratot, vagy teljes bizonyító erejű magánokiratot a nyilatkozathoz csatolni kell.

Amennyiben a beteg helyett az erre feljogosított személy írja alá a nyilatkozatot, az abban foglaltak értelemszerűen a betegre vonatkoznak.