

**Dr. Bugyi István Kórház, Szentes**

.....osztály

**Beleegyező nyilatkozat 1.**

Beteg neve:.....TAJ.....

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

.....kellően felvilágosítottak.

A/2. Beleegyezem az ésszerű határok között szükségesnek tartott vér, gyógyszer, kábítószer 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 döntést 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. 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