

Beleegyező nyilatkozat

Aktív osztályon történő ellátásba

Alulírott {BETEGNEV}, TAJ szám: {TAJ}, Születési idő: {SZULDAT}, Anyja neve: {ANYJANEV}

Lakcím: {IRSZ} {VAROS}, {CIM} tanúsítom, hogy engem kezelőorvosom,
Dr. teljes körűen felvilágosított az alábbiakról:

1. A kivizsgálásom / kezelése alapjául szolgáló betegségemről, tünet-együttesről, amely kórisme szerint (magyarul is):
Ciklust nem tartó vérzészavar (= metrorrhagia)
Tudomásul veszem, hogy betegsége(i)m pontos kórisméje ismert - nem ismert

*2. A javasolt gyógymódról/beavatkozásról (vizsgálat, kezelés, műtét), amely (magyarul is):/*A megfelelő rész bekarikázandó./

- 2.1. Vérvétel(ek) után vérből történő laboratóriumi vizsgálatok
- 2.2. Testnedvekből (széklet, vizelet, stb.) történő laboratóriumi vizsgálatok
- 2.3. Röntgen vizsgálatok, CT (számítógépes rétegvizsgálat), MRI (mágneses rezonanciás vizsgálat), ultrahang vizsgálat

2.4. MŰTÉT / invazív beavatkozás: A nyakcsatorna és méhtest műszeres "kaparása", szövettani vizsgálat. (= fractionált abrasio)

és annak kockázatairól/szövődményeiről és ezek bekövetkezési gyakoriságáról: méh, környező szervek, szövetek sérülése, méhfal átfúródása, utóvérzés, fertőzés, gyulladás, láz, sipolyképződés.

és annak lehetséges előnyeiről:

.....

és az elmaradás lehetséges kockázatairól, és ezek lehetséges bekövetkezési gyakoriságáról:

.....

.....

és a helyette alkalmazható gyógymódról, mint:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozások bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelése során a visszautasítás miatt bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért, azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

A kezelésbe (műtétbe) való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszerből mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam az alábbi kezelést/beavatkozást elvégezzék:

A nyakcsatorna és méhtest műszeres "kaparása", szövettan (=fractionált abrasio)

5. Tudomásom van arról, hogy az intézetben egészségügyi személyzet (orvostanhallgatók, egészségügyi szakdolgozók) képzése is folyik, akiket orvosi titoktartás kötelez.

*6. Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

a.) Teljeskörű tájékoztatást kapjon betegségemről, annak várható kimeneteléről:
Az ápolási dokumentációban megnevezett hozzátartozó vagy megnevezett egyéb személy.

b.) **Részleges tájékoztatást** kapjon betegségéről, annak várható kimeneteléről:
Az ápolási dokumentációban megnevezett hozzátartozó vagy megnevezett egyéb személy.

A tájékoztatás az alábbiakra terjedjen ki:

c.) **Megtiltom**, hogy a kórházban tartózkodásomról, illetve a kapott kezelésről bárki számára tájékoztatást adjanak, kivéve, ha ezt törvényi előírások kötelezővé teszik.

* A megfelelő rész bekarikázandó

A kapott írásbeli és szóbeli tájékoztatást megértettem, feltett kérdéseimre kielégítő választ kaptam, a beleegyező nyilatkozattal kapcsolatban további kérdésem nincs. Az intézet írásos házirendjét megismertem, az abban foglaltakat elfogadom.

Mosonmagyaróvár, {TODAY}

.....
a tájékoztató orvos aláírása

.....
a beteg (törvényes képviselő) aláírása

Amennyiben Ön betegségéről, különösen annak daganatos természetéről **nem kíván részletes felvilágosítást kapni**, úgy az alábbi nyilatkozatot - kézírásával megismételten leírva - aláírásával erősítse meg. (E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondása érvénytelen.) "Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. A döntéseket a kezelőorvosaimra bízom. "

Mosonmagyaróvár, {TODAY}

.....
a beteg (törvényes képviselő) aláírása

.....
1. tanú

.....
2. tanú

SÜRGŐSSÉG ORVOSI IGAZOLÁSA

A betegnélmiatt fennáll a sürgősségi állapot, a beteg egészségi állapota következtében beleegyező nyilatkozat megtételére nem képes a törvényben meghatározott személyek nyilatkozatának beszerzése késedelemmel járna. Így a beteg beavatkozásokba történő beleegyezését az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. Tv. 17. § (1) bekezdése értelmében vélelmezni kell, mivel a sürgős szükség elve alapján azonnali ellátás hiányában közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.

Mosonmagyaróvár, {TODAY}

.....
1. orvos

.....
2. orvos