

Beleegyező nyilatkozat

Aktív osztályon történő ellátásba

Alulírott {TORZSSZAM}, TAJ szám: {TAJ}, Születési idő: {ORVOS_BEOSZT}, Anyja neve: {IRSZ}

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

1. A kivizsgálásom / kezelése alapjául szolgáló betegségeről, tünet-együttesről, amely kórisme szerint (magyarul is):
..... oldali váll fájdalmas ütődéses szindrómája, rotator köpeny részleges vagy teljes sérülés gyanúja
Tudomásul veszem, hogy betegsége(i)m pontos kórisméje ismert - nem ismert

*2. A javasolt gyógy módra/ beavatkozásra (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: vállízületi csőtükrözés, a vállcsúcs alsó felszínén lévő csontnövedék eltávolítása, a vállcsúcs alatti terület feltágítása, rotator köpeny műtéti helyreállítása sz. e. feltárasos nyitott műtéttel

és annak kockázatairól/szövődményeiről és ezek bekövetkezési gyakoriságáról: sebgyógyulási zavar, fertőzés, ér-ideg-ínsérülés, vállízületi funkció beszűkülése, váll izomerő gyengülése, visszamaradó fájdalom

és annak lehetséges előnyeiről: fájdalom csökkenése, funkció javulása,
valamint azok ismert kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről. Kijelentem, hogy a beavatkozás tervezett időpontjáról, annak folyamatáról valamint várható kimeneteléről tájékoztatást kaptam, továbbá szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre, hogy szabadon és kényszermentesen dönthessek arról, hogy milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom köteles engem folyamatosan állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

3. Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak az alábbi előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt és gyógytartamot kedvezőtlenül befolyásolhatják (a beteg aláírása előtt az orvos tölti ki):

4. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozások bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelés 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 kényszertől mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam az alábbi kezelést/beavatkozást elvégezzék:

5. Tudomásom van arról, hogy az intézetben egészségügyi személyzet (orvostanhallgatók, egészségügyi szakdolgozók) képzése is folyik, akiket orvosi titoktartás kötelez. Tájékoztatót kaptam arról is, hogy az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény 7.§-a alapján az intézményben az egészségügyi tevékenység ellátása - a közalkalmazotti jogviszonyon túlmenően - szabadfoglalkozás-, valamint közreműködői jogviszony keretében is történik. Erre tekintettel tudomásul veszem, hogy a szükséges kezelések, beavatkozások elvégzése az intézményben a hivatkozott jogviszonyok alapján tevékenységet végző egészségügyi dolgozók által is történhet.

*6. Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

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

b.) Részleges tájékoztatást kapjon betegségeről, 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 kezelésemről 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, {CIM}

.....
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