

Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet
Urológiai Osztály

osztályvezető főorvos: **dr. Buzogány István PhD.**
1076 Bp. VII. Péterfy Sándor u. 8-20.
Tel.: 461-4700 Fax: 342-1564

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott.....(név)(szül. idő) tanúsítom,
hogy engem Dr. kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. A betegségről, mely kórisme szerint
2. A javasolt gyógymódról, mely
annak kockázatairól
és a helyette alkalmazható gyógymódokról, mint
.....
valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és más szóba jövő kezelési eljárás előnyeit ill. hátrányait is.
3. A javasolt gyógymód kockázatáról, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék arról, milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról ill. annak változásairól tájékoztatni.
4. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelés során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, ill. a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.
5. A műtétbe való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszerszertől mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam az alábbi műtétet elvégezzék:
.....
6. Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni.
7. Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem el:
 - a) az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:
.....
 - b) az alább megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:
.....
 - c) az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről kérésükre se tájékoztassák:
.....
8. A műtéthez szükséges érzéstelenítésről, altatásról megfelelően tájékoztattak és abba beleegyezem.

Kelt.:

A kezelőorvos aláírása

A beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása