



TORMAY KÁROLY EGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT GÖDÖLLŐ	BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT GYERMEK FŰL-ORR-GÉGÉSZETI SZAKRENDELÉS	BE/GYFOG/01 Változat: 3.
Tárgy: Beleegyező nyilatkozat dobhártya bemetszéshez (GYFOG)		Oldalszám: 1/2

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT DOBHÁRTYA BEMETSZÉSHEZ (GYFOG)

A TÁJÉKOZTATÁST ADÓ ORVOS NYILATKOZATA

A **DOBHÁRTYA BEMETSZÉSE** beavatkozásra vonatkozó egyéniesített, teljes körű tájékoztatást – kitérve a beavatkozással kapcsolatos valamennyi, a **BT/GYFOG/01** számú **betegtájékoztatóban** foglaltakra – a legjobb tudásom szerint és olyan módon és mélységig adtam meg, mely a beteg/törvényes képviselője/hozzátartozója számára megítélésem szerint szükséges, érthető és képességeinek, illetőleg állapotának megfelelően megérthetett.

A beteg/törvényes képviselője által feltett kérdések:

.....
.....

A részletes tájékoztató, illetőleg felvilágosító beszélgetés során a kevésbé érthető részeket megvitattuk, illetőleg megbeszéltük, lehetőséget adva a betegnek/törvényes képviselőjének/hozzátartozójának a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére, melyeket megválaszoltam.

Gödöllő, év hó nap

.....
a tájékoztatást adó orvos aláírása, pecsétje

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott, (szül.idő:.....), mint
(szül.idő:....., TAJ:.....) törvényes képviselője a **DOBHÁRTYA BEMETSZÉSE** beavatkozásra vonatkozó **BT/GYFOG/01** számú betegtájékoztatót elolvastam, az abban foglaltakat és a személyes orvosi szóbeli tájékoztatást – amely kitért a beavatkozással kapcsolatos valamennyi fenti kérdésre – megértettem és elfogadom. A szóbeli tájékoztatás, illetőleg részletes felvilágosító beszélgetés során az általam feltett kérdésekre kielégítő választ kaptam és elegendő gondolkodási idő után a beavatkozás elvégzésébe beleegyezem, és a jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten kérem annak elvégzését.

A beavatkozás kiterjesztéséhez és változtatásokhoz, amelyek a beavatkozás során előre nem látható okból szükségesek vagy célszerűnek mutatkoznak, már most hozzájárulok.

Az erre vonatkozó tájékoztatás alapján sem egyezem bele a beavatkozás során esetleg szükségessé váló kiterjesztések közül az alábbi(ak)ba:


.....
Jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy a gyermek betegségével, az eddigi kezelésével kapcsolatosan információt nem hallgattam el. Amennyiben a betegfelvétel kapcsán bárminemű betegséget eltitkoltam, annak következményeit magam viselem.

Kijelentem továbbá, hogy tudomásom van arról, hogy a felajánlott orvosi ellátást – a vonatkozó jogszabályokban meghatározott esetekben és módon – visszautasíthatom, illetve beleegyezésemet bármikor visszavonhatom.

Tudomásul veszem, hogy ha a beleegyezésem visszavonására alapos ok nélkül kerül sor, kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

Gödöllő: év hó nap

.....
beteg/törvényes képviselő/hozzátartozó aláírása

	TORMAY KÁROLY EGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT GÖDÖLLŐ	BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT GYERMEK FÜL-ORR-GÉGÉSZETI SZAKRENDELÉS	BE/GYFOG/01 Változat: 3.
	Tárgy: Beleegyező nyilatkozat dobhártya bemetszéshez (GYFOG)		Oldalszám: 2/2

ELUTASÍTÓ NYILATKOZAT

Alulírott, (szül.idő:.....), mint
(szül.idő:....., TAJ:.....) törvényes képviselője a **DOBHÁRTYA BEMETSZÉSE** beavatkozásra vonatkozó **BT/GYFOG/01 számú** betegtájékoztatót elolvastam, az abban foglaltakat és a személyes orvosi szóbeli tájékoztatást – amely kitért a beavatkozással kapcsolatos valamennyi fenti kérdésre – megértettem és a kezelőorvos részletes felvilágosítása - amely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló lehetséges következményeket is tartalmazta - ellenére a beavatkozás elvégzését megtagadom. Tudomásul veszem, hogy az ellátás visszautasítása miatt esetlegesen bekövetkező káros következményekért orvosaimat felelősség nem terheli.

(Ha a beteg olyan beavatkozást utasít el, amelynek elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be, az elutasító nyilatkozat érvényességéhez két tanú aláírása szükséges, akik aláírásukkal igazolják, hogy a beteg a nyilatkozatot előttük írta alá, vagy aláírását előttük saját kezű aláírásának ismerte el. A beteg írásképtelensége esetén a beavatkozást két tanú együttes jelenlétében utasíthatja vissza. Ez esetben a visszautasítást az egészségügyi dokumentációban rögzíteni kell, amelyet a tanúk aláírásukkal hitelesítenek.)

Gödöllő, évhó nap

.....

.....

a tájékoztatást adó orvos aláírása, pecsétje

beteg/törvényes képviselő/hozzátartozó aláírása

Tanúk:

Név:.....

Név:

Lakcím:

Lakcím:.....

Aláírás:

Aláírás: