



**Tárgy:** Beleegyező nyilatkozat zsírdaganat (lipoma) eltávolításához

**Oldalszám:**  
1/2

## **BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT ZSÍRDAGANAT (LIPOMA) ELTÁVOLÍTÁSÁHOZ**

### **A TÁJÉKOZTATÁST ADÓ ORVOS NYILATKOZATA**

A **ZSÍRDAGANAT (LIPOMA) ELTÁVOLÍTÁSA** beavatkozásra vonatkozó egyéniesített, teljes körű tájékoztatást – kitérve a beavatkozással kapcsolatos valamennyi, a **BT/SEB/03** 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 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

.....  
tájékoztatót adó orvos aláírása, pecsétje

### **BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT**

Alulírott, ..... (szül. idő:.....),  
TAJ: .....) a **ZSÍRDAGANAT (LIPOMA) ELTÁVOLÍTÁSA** beavatkozásra vonatkozó **BT/SEB/03** 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 betegségemmel, az eddigi kezeléssel kapcsolatosan információt nem hallgattam el. Amennyiben a betegfelvétel kapcsán bárminemű betegségemet 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

	<b>TORMAY KÁROLY</b> <b>EGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT GÖDÖLLŐ</b>	<b>BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT</b> <b>SEBÉSZETI SZAKRENDELÉS</b>	<b>BE/SEB/03</b> <b>Változat: 1.</b>
	<b>Tárgy:</b> Beleegyező nyilatkozat zsírdaganat (lipoma) eltávolításához		<b>Oldalszám:</b> 2/2

## ELUTASÍTÓ NYILATKOZAT

Alulírott, ..... (szül. idő:....., TAJ: .....) a **ZSÍRDAGANAT (LIPOMA) ELTÁVOLÍTÁSA** beavatkozásra vonatkozó **BT/SEB/03** 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 tájékoztatása - 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: ..... év ..... hó ..... nap

.....

.....

a tájékoztatást adó orvos aláírása, pecsétje

beteg / törvényes képviselő/hozzátartozó aláírása

Tanúk:

Név:.....

Név:.....

Lakcím:.....

Lakcím:.....

Aláírás:.....

Aláírás:.....