

## Betegtájékoztató

Alulírott, ..... (beteg neve) tanúsítom, hogy engem  
Dr. .... (kezelőorvos neve) kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. **Betegségemről**, mely kórisme szerint (magyarul): .....

.....

2. **A javasolt gyógymódról / műtétről** (megnevezése magyarul): .....

.....

3. **A javasolt gyógymód kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről:** .....

.....

4. **A javasolt műtéti beavatkozás végzése közben a műtét kiterjesztésének lehetőségéről**, melynek alkalmazása valamely szerv vagy testrész elvesztéséhez vagy funkciójának teljes kieséséhez vezethet:

.....

5. **A beavatkozás tervezett időpontjáról: 201** ..... (dátum)

6. **A javasolt gyógymód helyett másodsorban alkalmazható gyógymódokról:** .....

.....

7. **A gyógymód / műtéti beavatkozás helyi érzéstelenítésének módjáról** (magyarul): .....

▶ Transzfúzió esetén betegtájékoztató / beleegyező nyilatkozat külön lapon

▶ Anesztézia esetén betegtájékoztató / beleegyező nyilatkozat külön lapon

8. **Kezelőorvos megválasztásának lehetőségével élek: IGEN Í NEM Í**

9. **Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének vagy mindegyikének visszautasítására.** ▶ visszautasítás külön lapon

### Beleegyező nyilatkozat

*Nyilatkozom, hogy egészségi állapotomról a felvilágosítás megfelelő körülmények között részletesen, megtevesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentesen, személyemre vonatkozóan, érthetően történt.*

Tájékoztatóssal kapcsolatban feltett kérdéseimre választ kaptam.

Lehetőségem volt kezelőorvosomat megválasztani.

*A javasolt vizsgálatba\* / gyógykezelésbe\* / műtétbe\* a kapott információk alapján beleegyezésemet adom.*

*Ennek alapján beleegyezem, hogy rajtam az alábbi vizsgálatot / gyógykezelést / műtétet elvégezzék:*

..... (a kezelés, beavatkozás megnevezése magyarul)

➤ Helyettem a beleegyezés, illetve a visszautasítás jogát gyakorló személy neve: \*\*

➤ Betegségemről itt megnevezett hozzátartozó(i)mat tájékoztathatják:

➤ Betegségemről megnevezett hozzátartozóimat **korlátozásokkal** tájékoztathatják: \*\*\*IGEN Í NEM Í

➤ Betegségemről hozzátartozóimat tájékoztathatják. **IGEN Í NEM Í**

Jászberény, 201 ..... (aktuális dátum)

.....  
(kezelőorvos aláírása, bélyegzője)

.....  
(beteg / törvényes képviselő aláírása)

Az *invazív beavatkozásokhoz a beteg írásbeli* vagy – amennyiben erre nem képes – két tanú együttes jelenlétében, szóban vagy más módon megtegyet *nyilatkozata szükséges* (1997. évi Eütv. 15.§ (5)).\*\*

..... (1. tanú aláírása, lakcíme) ..... (2. tanú aláírása, lakcíme)

\*a helyes válasz aláhúzendő

\*\* két tanú aláírása csak ezekben az esetekben szükséges

\*\*\*a korlátozás tényét részletezze a dekurzus lapon