



**PARÁDFÜRDŐI**  
KÓRHÁZ

#### 4. számú melléklet

### BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott ..... (beteg neve, ill. törvényes képviselő neve) TAJ: ..... kijelentem, hogy a Parádfürdői Állami Kórház ..... járóbeteg szakrendelésén ..... (tájékoztató orvos/ápoló neve) által tájékoztatást kaptam arról, hogy betegségem/állapotom miatt az alábbi gyógykezelésre, illetve beavatkozásokra van szükségem:

.....  
.....

Tanúsítom, kellő mértékben tájékoztattak a fenti javasolt gyógykezelésről, beavatkozásról, azok lehetséges és ismert következményeiről, valamint az ajánlott és más szóba jövő kezelések, előnyeiről és hátrányairól. A fent javasolt gyógymód kockázatáról, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről megfelelő, számomra érthető felvilágosítást kaptam. Lehetőségem volt a kapott információkat az orvossal/ápolóval megbeszélni, a velük kapcsolatosan szóban feltett kérdéseimre megfelelő válaszokat kaptam, azokat megértettem.

Aláírással megerősítem, hogy kezelésem felvilágosítás utáni, minden kényszertől mentes beleegyezéssel történik.

Megértettem, hogy jogom van a felajánlott kezelések, beavatkozások, vizsgálatok bármelyikének elutasításához, az emiatt létrejövő következményekért a felelősséget vállalom. Megértettem, hogy beleegyezésemet bármikor, indoklás nélkül visszavonhatom, és ez nem befolyásolja későbbi ellátásomat.

Parádfürdő, .....

.....  
felvilágosítást adó orvos aláírása

.....  
beteg vagy törvényes képviselő aláírása