



**6.számú melléklet**

**MŰTÉTI BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT**

Alulírott .....(név)  
.....(születéskori név) .....(TAJ szám)  
.....(születési hely, idő)  
.....(anyja neve) nyilatkozom, hogy engem  
Dr. ....kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

A betegségemről, amely kórisme szerint (magyarul):

.....  
A javasolt gyógymódról, amely (magyarul).....  
annak kockázatairól.....  
és a helyette alkalmazható gyógymódokról, mint.....  
valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről. Ismertette az ajánlott és más szóba  
jövő kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait.

A javasolt gyógymód kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható  
következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő és számomra érthető választ  
kaptam. Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon dönthessek arról, milyen  
kezelést szeretnék.

\*Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak az alábbi előre  
nem várható szövődmények, amelyek a várható gyógykezelést kedvezőtlenül befolyásolhatják  
(magyarul):

.....  
.....

\*Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelésekből bármelyikének, vagy  
mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelés során a visszautasítás kapcsán  
bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógy eredmény alakulásáért azokat az orvosokat,  
akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

\*A kezelésbe, (műtétbe, stb.) való beleegyezésemet, a tájékoztatás megértése alapján  
minden kényszertől mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy az alábbi kezelést (műtétet)  
elvégezzék (magyarul):

.....

\*Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. A döntéseket a kezelőorvosaimra bízom. *(Ezt a nyilatkozatot – elfogadás esetén – kézírásával megismételten leírva, majd aláírva kérjük erősítse meg. E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondás érvénytelen.)*

Megerősítő nyilatkozat:

.....  
aláírás

**\*Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:**

Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:

.....  
.....

Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről az általam megjelölt korlátozásokkal tájékoztassák:

.....  
.....

Az alább megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről kérésükre se tájékoztassák:

.....  
.....

Parádfürdő, ..... év ..... hó ..... nap

.....  
kezelőorvos aláírása,

P.H.

.....  
beteg vagy törvényes képviselőjének  
aláírása

\*A nem kívánt rész törlendő