

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott.....(név)..... (szül. idő) tanúsítom, hogy Dr.....kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. Betegségemről, mely kórisme szerint (magyarul ÉS latinul):

.....

2. Javasolt gyógymódról, mely (magyarul):.....

3. Helyette alkalmazható gyógymódokról:

a.)

b.) nincs a javasolt kezeléssel egyenértékű kezelés

4. Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás előre nem várt kockázatait és szövődményeit, melyek szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak és a várható gyógy tartamot valamint a kezelés hosszú távú eredményét kedvezőtlenül befolyásolhatják:

.....

.....

5. A javasolt beavatkozás kockázatairól, lehetséges szövődményeiről és várható következményeiről szóban a feltett kérdéseimre megfelelő választ kaptam és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntssek, milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattak, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról ill. annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

6. A kezelésbe való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam az alábbi kezelést elvégezzék:

.....

Kelt: Bonyhád,

.....

kezelőorvos aláírása

.....

a beteg v. törv.képv. aláírása +

A beleegyző lakcíme:

+ Korlátozottan cselekvőképés, ill. cselekvőképtelen beteg esetén a nyilatkozatot a törvényes képviselő adja.