

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
MÉHEN BELÜLI ESZKÖZ (IUD) ELTÁVOLÍTÁSÁHOZ

Alulírott tanúsítom, hogy Dr.....kellő mértékben felvilágosított a méhen belüli fogamzásgátló eszköz (IUD) eltávolításával kapcsolatban az eltávolítás körülményeiről és kockázatairól.

Tudomásul veszem, hogy a beavatkozásnak előre nem várt kockázatai és szövődményei lehetnek, melyek szakszerű eltávolítás esetén is előfordulhatnak és a várható gyógytartamot kedvezőtlenül befolyásolhatják: sérülés, vérzés.

Tudomásul veszem a tájékoztatást, miszerint a méhen belüli eszköz (IUD) az eltávolítása után már nem fejt ki fogamzásgátló hatást.

A javasolt beavatkozás kockázatairól, lehetséges szövődményeiről és várható következményeiről szóban a feltett kérdéseimre megfelelő választ kaptam és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék, kérem a méhen belüli eszköz eltávolítását.

A beavatkozásba való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom. Ennek alapján kérem a méhen belüli fogamzásgátló eszköz eltávolítását.

.....

kezelőorvos aláírása

.....

a beteg v. törv.képv. aláírása +

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

A mai napon a méhen belüli fogamzásgátló eszköz eltávolítása megtörtént.

.....

a beteg v. törv.képv. aláírása +