Beteg neve:_____

Születési idő:_____ TAJ szám:_____

Elérhetősége:_____

Beleegyező nyilatkozat

Kijelentem, hogy minden olyan - birtokomban lévő - fontos információt megosztottam kezelőorvosommal, mely egészségi állapotomra, korábbi és esetleges meglévő betegségeimre, gyógyszerérzékenységemre, allergiámra, korábbi műtéteimre vonatkozik. Tisztában vagyok azzal, hogy ezen információk alapvetően hozzájárulhatnak a tervezett beavatkozásból adódó esetleges kockázatok mértékének csökkentéséhez.

Tudomásul veszem, hogy:
- szakszerű kivizsgálás esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények (pl. gyógyszerallergia), amelyek egészségi állapotomat, a várható gyógyeredményt- és tartamot kedvezőtlenül befolyásolhatják,
- az egészségügyi személyzetet az előre nem látható szövődményekért felelősség nem terheli mindaddig, amíg a szakma szabályai szerint jártak el,
- gyógykezelésemmel kapcsolatos panaszaimat – amennyiben az osztály személyzetével nem sikerült a felmerült problémát megoldani – az intézet betegjogi képviselőjénél az Intézet házirendjében foglaltak szerint bejelenthetem,
- jogom van bármikor a javasolt vizsgálatok és kezelés elutasítására,
- jogosult vagyok megismerni a rólam készült egészségügyi dokumentációt, jogomban áll abba betekinteni, arról saját költségemre másolatot kapni, a pontatlannak vagy hiányosnak vélt dokumentáció kiegészítését, kijavítását kezdeményezni, továbbá az egészségügyi adataimról indokolt célra – saját költségemre – összefoglaló vagy kivonatos írásos véleményt kapni.

Tájékoztatjuk, hogy a vizsgálat és az azt követő egészségügyi eljárás térítési díját meg kell térítenie, amennyiben az Egészségbiztosítási Alapon keresztül az nincs biztosítva, és a szakorvosi vizsgálat eredménye alapján sürgős szükség nem áll fenn.

A fenti tájékoztatást és a betegtájékoztatóban foglaltakat teljes mértékben megértettem, világos számomra annak minden szövegrésze és kifejezése, amennyiben akár a jelen aláíráskor, akár a későbbiekben bármiféle ismerethiány vagy kétely merül fel bennem, úgy jogosult vagyok bármikor a kezelőorvosomhoz intézett kérdésemre választ kapni. Mindezek alapján a fenti tájékoztatást tudomásul vettem és az abban leírtakat elfogadom.

Szigetszentmiklós _____

_____
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

_____
kezelő szakorvos aláírása