

**Észak-Közép-budai Centrum**  
**Új Szent János Kórház és Szakrendelő**  
**010620401 Budai meddősségi Centrum (szakambulancia)**

Vezető főorvos:  
1125 Budapest, Diós árok 1-3  
Telefon: Internet: [www.janoskorhaz.hu](http://www.janoskorhaz.hu)

## Nyilatkozat

A beteg neve:

Születési dátuma:

TAJ száma:

A tájékoztatást adó orvos neve: :

### I. TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT ORVOSI KEZELÉSHEZ

Kérem a gyógyintézetet, hogy a kezelésemet és/vagy kivizsgálásomat és/vagy az annak részét képező beavatkozást /ill. műtétet/ rajtam elvégezni szíveskedjenek. A megajánlott kezelés/beavatkozás elvégzéséhez egyetértő beleegyezésemet adom, valamint az általános ellátáshoz tartozó beavatkozásokhoz (vérvétel, injekció, infúzió, laborvizsgálatok) hozzájárulok. Elismerem, hogy döntésem megkönnyítésére személyesen megfelelően tájékoztattak.

Elismerem, hogy részletes szóbeli tájékoztatást kaptam:

I.	az egészségügyi állapotról, beleértve ennek orvosi megítélését is,
II.	a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról,
III.	a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól,
IV.	a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjáról,
V.	a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről,
VI.	az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről,
VII.	a tervezett beavatkozás lehetséges szövődményeiről.

Tudomásul veszem, hogy a javasolt életmódról, illetve a további ellátások szükségességéről és/vagy lehetőségeiről az ellátás későbbi szakaszában, az eredmények birtokában kapok szóbeli és/vagy írásbeli tájékoztatást.

A beavatkozással és a beavatkozás szükségszerű változtatásával, amelyek a beavatkozás/műtét/műszeres vizsgálat alatt kényszerhelyzetben adódhatnak, egyetértek. A beavatkozás olyan, orvosilag indokolt kiterjesztéséhez, amely előre nem volt látható, hozzájárulásomat adom.

Megértettem, tudomásul veszem és hozzájárulok ahhoz, hogy a kivizsgálásomban és kezelésemben tanuló nővérek, orvostanhallgatók, rezidensek, szakorvos jelöltek részt vegyenek.

Amennyiben a kivizsgálásom/kezelésem során felmerül a műtét/műszeres vizsgálat vagy egyéb ellátás szükségessége, akkor a beavatkozáshoz szükséges érzéstelenítési formákról és a műtét lényegéről külön írásbeli tájékoztatást kapok.

A megajánlott **kezeléshez** egyetértő beleegyezésemet adom, mely megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes. Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom, illetve az ellátás megszakítását kérhetem.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kivizsgálások/kezelések/ műtétek egészét vagy egy részét, az ellátás megkezdése előtt, vagy az ellátás folyamata alatt bármikor elutasítani. Ez esetben a

kezelésem során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiktől a részemre felajánlott kezelést nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem, amelyet egyúttal kiterjesztek az ellátó Intézményre is.

**A beleegyező nyilatkozathoz tartozó, a feltételezett betegség leírását tartalmazó felvilágosító ismertetőt (Betegtájékoztató és Műtéti Beleegyező Nyilatkozat) elolvasom. A feltételezett betegséggel kapcsolatos szóbeli felvilágosítást megkaptam.**

Kijelentem, hogy kórházi kezelésem alatt más Intézmény járóbeteg ellátását önszántamból nem veszem igénybe.

A beteg által feltett kérdések és azokra adott válaszok:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## II. HÁZIREND

Elismerem, hogy Intézménybe való felvételem során *figyelmemet felhívták az osztályon kifüggesztett HÁZIREND* megismerésének lehetőségére.

Kijelentem továbbá, hogy *figyelmemet felhívták arra is*, hogy Intézményi tartózkodásom idejére pénzemem és egyéb, a Intézménybe behozott értékeimet a házi pénztárába **ingyenesen letétbe helyezhetem**. Egyúttal tudomásul veszem, hogy az Intézmény csak a kórházi letétbe helyezett készpénzért és értéktárgyakért vállal felelősséget és a Letétkezelési Szabályzata szerint jár el.

Kijelentem, hogy Személyi igazolványomat, TAJ kártyámat, lakcím kártyámat, igazolványaimat az egészségügyi személyzet kérésére bemutatom. Tudomásul veszem, hogy a továbbiakban igazolványaimért az Intézmény felelősséget nem vállal, azokra saját magam vagyok köteles vigyázni, kivéve, ha azokat letétbe helyezem.

Egészségügyi ellátásom alatt felvilágosítás kizárólag a kórlapban megjelölt személy részére adható, **valamint bizonyos személyeket ki is zárhatok a tájékoztatásra jogosultak köréből.**

Kijelentem továbbá, hogy osztályos felvételem során tájékoztatást kaptam a Betegazonosító csuklószalag viselésének szükségességéről, valamint az igénybe vehető térítésköteles ellátásokról.

**\* A tájékoztatás ellenére sem járulok hozzá a betegazonosító csuklószalag viseléséhez.**

(\*aláhúzendó, amennyiben a beteg visszautasítja a csuklószalag viselését).

Budapest, 2021.

.....  
A felvilágosítást végző orvos aláírása és pecsétje

.....  
A beteg (hozzátartozó, törv. képvis.) aláírása