

Folliculus Aspiratio

**Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak
Budai meddőségi Centrum (szakambulancia)**

Osztályvezető főorvos: Dr. Konc János

1125 Budapest, Diós árok 1-3.

Telefon: Iroda tel.: 458-4500 Fax: Internet: www.janoskorhaz.hu

**TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
JÁRÓBETEG ELLÁTÁSBAN IGÉNYBE VETT
INVAZÍV ÉS MAGAS KOCKÁZATÚ ORVOSI BEAVATKOZÁSHOZ
(01. verzió)**

A beteg neve:

Születési idő, helye:

TAJ száma:

Állampolgársága:

A járóbeteg ellátást indokoló betegsége:

A tájékoztatást adó orvos neve:

* A tervezett beavatkozás megnevezése:

* A tervezett beavatkozás célja:

* A beavatkozást végző orvos neve:

(a * manuális tevékenység esetén töltendő ki!)

Kérem a gyógyintézetet/szakrendelőt/ambulanciát, hogy a fent megnevezett kezelést, és/vagy kivizsgálást, 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 állapotomról, 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 szükségzerű 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 / nem járulok hozzá* ahhoz, hogy a kivizsgálásom és kezelése során tanuló nővérek, orvostanhallgatók, szakorvos jelöltek részt vegyenek. (a *-gal jelzett részek közül a megfelelő aláhúzendó).

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/beavatkozáshoz* egyetértő beleegyezésemet adom, mely megtevesztéstől, fenyegetéstől és kénysertől mentes. Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom, illetve az ellátás megszakítását kérhetem.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott *kivizsgálások / kezeléseket /beavatkozások/ műtétek egészét, vagy 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, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

A beleegyezési nyilatkozathoz tartozó, a feltételezett betegség leírását tartalmazó felvilágosító ismertetőt (..... mellékletet) elolvastam, és a feltételezett betegséggel kapcsolatos szóbeli felvilágosítást megkaptam, az ismertetőben és a felvilágosításban foglaltakat megértettem.

A beteg által feltett egyéb kérdésekre adott válaszok:

Budapest, 2021.

.....
A felvilágosítást végző orvos aláírása

.....
A beteg (törv. képv.) aláírása

KEZELÉST VAGY BEAVATKOZÁST/MŰTÉTET VISSZAUTASÍTÓ NYILATKOZAT

A kezelőorvos által javasolt és tervezett műtétbe, illetve orvosi beavatkozásba nem egyezem bele, még ha ez a visszautasítás az egészségemet vagy akár életemet is veszélyezteti.

Mindezt felelősségem teljes tudatában jelentem ki, annak ellenére, hogy orvosaim személyes megbeszélés során a kezelés elmaradásának káros következményeiről, hátrányairól tájékoztattak.

A kezelés/beavatkozás visszautasítása miatt várhatóan kialakuló nem kívánt mellékhatás, vagy egészségkárosodás kialakulásának felelőssége alól az orvosokat, és az intézetet felmentem.

Tudomásul veszem, hogy a visszautasításra vonatkozó nyilatkozatomat bármikor alaki kötöttség nélkül visszavonhatom. A felvilágosítást megértettem.

Visszautasítom a felajánlott:

kezelést/kivizsgálást*
beavatkozást*

műtét*
vérkészítmény adását *
(a-gal jelölt rész megfelelően aláhúzandó)*

Budapest, 2021.

.....
A felvilágosítást végző orvos aláírása

.....
A beteg (törv. képv.) aláírása