

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott (szülő, törvényes képviselő) tanúsítom, hogy engem nevű gyermekemmel kapcsolatban kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. Gyermekem betegségéről, mely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul): **székrekedés- obstipatio**
A betegséggel kapcsolatos lehetséges szövődményekről és várható következményeiről: **bélelzáródás, akut has**
2. A javasolt gyógymódról, mely **székletlazító terápia, sorozatos beöntések, diéta terápia, vérvétel,**
(magyarul): **vizeletvizsgálat, szakkonzíliumok, vereztkvizsgálat**

hasmenés, hasfájás, végbélsérülés lehetősége, vérzés kockázata

annak kockázatairól:

valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és más szóba jövő kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait is. hasfájás, **bélelzáródás kialakulása, táplálhatatlanság**

3. A szükségesség laboratóriumi és egyéb vizsgálatokról: **fizikális vizsgálat, hasi ultrahang**

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy gyermekem betegségét és lehetséges szövődményeit, a kezelést és kockázatait megértsem, szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam. Tudomásul veszem, hogy a szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, melyről a kezelőorvos folyamatosan kész engem tájékoztatni.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelésekből bármelyikének, vagy mindegyikének elutasítására. 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.

Tájékoztattuk arról, hogy kórházunkban a közalkalmazotti jogviszonyban dolgozó munkatársak mellett a kórházzal vállalkozási szerződésben álló orvosok és szakdolgozók is tevékenykednek. Így gyógykezelése kapcsán (műtétek-, diagnosztikai és terápiás beavatkozások), Önt a kórházunkkal vállalkozási jogviszonyban lévő munkatársak is elláthatják. Ezt a tényt az Önre vonatkozó egészségügyi dokumentációk tartalmazzák. Amennyiben ezzel kapcsolatos részletes felvilágosítást kér, úgy ezt kezelőorvosa vagy osztályos orvosa megadja.

Olvasásra átadott mellékletek száma/címe:

.....
a felvilágosítást végző orvos aláírása

Miskolc,

.....
szülő / a törvényes képviselő aláírása (1)

Törv. képv. neve:
Születési ideje:
Születési helye:
Lakcíme:

(1) megfelelő aláhúzendó

(A dokumentumot a MedWorkS rendszerben rögzítette: