

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott szülő (törvényes képviselő) #!HNEV; tanúsítom, hogy engem dr. #!FFELVORVNEVE; gyermekem, (gondoztam) #!NEV; #!SZULIDO; betegségével kapcsolatban kellőképpen felvilágosított az alábbiakról:

1. A gyermek betegsége, mely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul):
2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul):  
annak kockázatairól:  
és a helyette alkalmazható gyógymódokról, mint:  
valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és más szóbajövő kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait is.
3. A javasolt gyógymód kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, hogy a gyermekemnek (gondozottnak) milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom kész engem a gyermekem állapotáról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.
4. Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják, vagy nagyon ritkán végzetesek lehetnek. A leggyakoribb szövődmények a következők: (a szülő/gondviselő aláírása előtt az orvos tölti ki):
5. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelést elutasítani kivéve, ha a kezelés elmaradása esetén a gyermek egészségi állapotában súlyos vagy maradandó károsodás következne be. Ez esetben a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelési javaslatát nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem és azt teljes mértékben magamra vállalom. A kezelésben, (műtétbe, stb.) való beleegyezésem a tájékoztatás megértése alapján minden kényszerből mentesen adom. Ennek *alapján* kérem, hogy gyermekemen (gondozottnam) az alábbi kezelést (műtétet) elvégezzék:
6. Tudomásul veszem, ha a gyermek állapotában bekövetkező változások azt szükségessé teszik, a gyermekem egészsége érdekében a jelen beleegyző nyilatkozatban feltüntetett gyógykezeléstől az orvos eltérhet és beleegyezzem, hogy ezzel kapcsolatos sürgős vizsgálatokat, és kezeléseket távollétemben is elvégezzék. Ugyancsak beleegyezzem a szükségessé vált beavatkozások elvégzésébe akkor is, ha tájékoztatásomra nincs lehetőség és a késedelem gyermekem egészségi állapotát hátrányosan érintené.
7. Tájékoztatót kaptam arról, hogy kórházunkban a közalkalmazotti jogviszonyban dolgozó munkatársak mellett a kórházzal vállalkozási szerződésben álló orvosok és szakdolgozók is tevékenykednek. Így a gyermekem gyógykezelése kapcsán (műtétek-, diagnosztikai és terápiás beavatkozások), Öt a kórházunkkal vállalkozási jogviszonyban lévő munkatársak is elláthatják. Ezt a tényt a gyermekre vonatkozó egészségügyi dokumentációk tartalmazzák. Amennyiben ezzel kapcsolatos részletes felvilágosítást kér, úgy ezt kezelőorvosa vagy osztályos orvosa megadja.
8. A többi hozzátartozó tájékoztatásáról a következőket rendelem.
  - a. az alább megnevezett hozzátartozókat a gyermek betegségéről teljes körűen tájékoztassák.....
  - b. az alább megnevezett hozzátartozókat a gyermek betegségéről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák.....
  - c. az alább megnevezett hozzátartozókat a gyermek betegségéről kérésükre se tájékoztassák .....

.....  
a felvilágosítást végző orvos aláírása

#!KORHCIMVAROS;, #!AKTDATUM;

.....  
beteg olvasható aláírása

Beteg neve: #!NEV;  
Születési ideje: #!SZULIDO;  
Születési helye: #!BSZULHELY;  
Lakcíme: #!BIRSZAM; #!BVAROS; #!BUTCA;

.....  
szülő vagy a törvényes képviselő aláírása (2)

Törv. képvis. neve: #!HNEV;  
Születési ideje:  
Születési helye:  
Lakcíme: #!HIRSZAM; #!HVAROS; #!HUTCA;

(A dokumentumot a MedWorkS rendszerben rögzítette: #!AKTUSERNEVE; #!AKTUSERKODJA; )