

Általános beleegyező nyilatkozat

Kedves Betegünk!

Tudjuk, hogy betegségének, egészségének visszanyerése céljából kényszerült arra, hogy gondjainkra bízza magát. Kötelességünk, hogy Önt, esetleg hozzátartozóit gondviselőjét betegségéről, állapotáról megfelelő módon tájékoztassuk, valamint a gyógykezeléssel kapcsolatos utasításokat részletesen és körültekintően megadjuk. Különösen fontos ez akkor, ha munkaképességének helyreállításához, életének megmentéséhez műtét és érzéstelenítés szükséges.

A műtétet végző orvos engedélyt fog kérni Öntől egy adott kezelés vagy vizsgálat végrehajtására. Megkérjük, hogy írjon alá egy beleegyező nyilatkozatot, amelyben kijelenti, hogy beleegyezett a kezelésbe, valamint megértette annak előnyeit, kockázatait és a lehetséges alternatívákat. Ha valamit nem ért, vagy több időre van szüksége ahhoz, hogy végiggondolja a döntést, kérjük, értesítse az Önt ellátó munkatársakat. Ne feledje, ez az Ön döntése! Bármikor meggondolhatja magát, még azt követően is, hogy aláírta a beleegyező nyilatkozatot. Kérjük azonnal tudassa a munkatársakkal, ha meggondolta magát. Kívánságát mindenkor tiszteletben fogják tartani.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelés elutasítására. A kezelésbe (műtétbe) való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszerszertől mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy a nálam tervezett

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

beavatkozást/műtétet nálam elvégezzék.

Az esetleges **kezelési/ műtéti alternatívák:**

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

Nyilatkozom arról, hogy a kezelő orvosom ismertette az ajánlott és más szóba jövő kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait. A javasolt gyógymód kockázatiról, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és azok várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő és számomra érthető választ kaptam. Kellő idő állt rendelkezésemre, ahhoz, hogy szabadon dönthessek arról, milyen kezelést szeretnék.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű kivizsgálás esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények (Pl. vérzés, fertőzés, heg, sebgyógyulási zavar, fájdalom, a környező szervek, szövetek sérülése, duzzanata, allergia, szív- és esetleges légzési

elégtelenség), amelyek egészségi állapotomat, a várható eredményt és gyógytartamot kedvezőtlenül befolyásolhatják. A lehetséges további, ritkán előforduló, a nálam tervezett beavatkozással összefüggő szövődmények:

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

Ezen Írásos Beleegyezési Nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy személyes adataimat a Betegtájékoztatóban leírt módon használják fel.

Tudomásul veszem, hogy a Betegtájékoztató és Írásos Beleegyezési Nyilatkozat egy példányát kívánságra kézhez kapom.

Kérem, hogy az alább megnevezett

.....

házi orvosomat/eddig kezelő orvosomat értesítsék.

Az egészségügyi személyzetet az előre nem látható szövődményekért felelősség nem terheli mindaddig, amíg a szakma szabályai szerint és elvárható gondossággal jártak el. Beleegyezem, hogy kivizsgálásom és kezelése során az észlelt elváltozásokról szakmai indokból fénykép-, vagy videofelvételek készüljenek azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhetővé és kizárólag szakmai célra kerülnek felhasználásra.

Tudomással bírok arról, hogy jogom van bármikor a javasolt vizsgálatok és kezelés elutasítására. Az emiatt bekövetkező egészségromlásért, egyéb hátrányos következményekért minden felelősség engem terhel és azokat az egészségügyi dolgozókat, akiknek a javaslatát nem fogadtam el, mindennemű felelősség alól felmentem.

Amennyiben a műtét során, olyan eltérést észlelnék, mely előre nem látható, de egészségem, biztonságom szempontjából elengedhetetlenül fontos teendőt indokol, annak kivitelezéséhez hozzájárulok és a költségek kiegyenlítését az alábbi kitéttel.....

vállalom. Kezelő orvosom gyógykezelésemmel összefüggésben adataegyeztetésről, kivizsgálásom menetéről és a betegséggemmel kapcsolatos orvosi kérdésekről teljes körűen, szóban tájékoztatott, melyet elegendőnek találtam.

Hozzá tartozóim, bizalmasaim tájékoztatásáról a következőket rendelem:.....

.

Az alább megnevezett hozzátartozóimat, bizalmasaimat betegségemről teljes körűen/korlátozásokkal tájékoztassák:

.....

Az eltávolított szövetet vagy levett mintát további feldolgozásra, szövettani vizsgálatra küldjük. Amennyiben rosszindulatosság merülne fel további kezelésére a több szalmát képviselő szakembereinkből álló onko teamünk egy terápiás tervet ad és az ehhez szükség vizsgálatokat és a további terápiát készséggel megszervezzük.

A fellépő szövődményt megfelelő módon csak a a beavatkozásban jártas orvos tudja kezelni, ellenkező esetben előfordulhat, hogy nem a megfelelő terápiában részesül. A Duna Medical Center által alkalmazott néhány műtéti eljárás ma még nem elterjedt, ezért bármely a műtéttel összefüggésben előforduló panasz, szövődmény esetén elsősorban Centrumunkhoz célszerű fordulnia. Erre a hét minden napján, éjjel-nappal lehetősége van.

A műtét után ritkán jelentkező problémák ellátásának késlekedése vagy nem megfelelő kivitelezése a gyógyulást hátráltathatja, esetleg olyan késői szövődmény kialakulásához vezethet, amiért a Duna Medical Center felelősséget vállalni nem tud.

A fenti tájékoztatást megértettem, tudomásul veszem és magamra nézve kötelezőnek elfogadom. Kellő idő ált rendelkezésemre, hogy a fentiek elfogadásáról szabadon dönthessek.

Budapest, 2015.

felvevő (kezelő) orvos

aláírása

beteg vagy törvényes képviselő

aláírása

Itt, a Duna Medical Centerben elköteleztük magunkat Ön iránt, mind a műtétet megelőzően, mind az alatt és azt követően. Ha bármilyen kérdése vagy problémája merülne fel, vegye fel velünk a kapcsolatot. Mindig készen állunk arra, hogy segítsünk Önnek.