

Beleegyző nyilatkozat

Alulírott (a beteg neve, születési év, hónap, nap):.....

1. Tanúsítom, hogy a kezelőorvos dr.Papp Zsolt tájékoztatott a **betegségemről, mely kórisme szerint** (magyarul, esetleg latinul)..... térd elülső keresztszalag szakadása

2. A **javasolt gyógmódról**, mely (magyarul): elülső keresztszalag pótlás patella ínnaal, **annak kockázatairól** vérzés, sebfertőzés, ízületi gyulladás - gennyedés, ízületi mozgás beszűkülés, porckárosodás, instabilitás, mélyvénás thrombosis, tüdőembólia.
és a **helyette alkalmazható gyógmódról**, mint konzervatív terápia - torna, rögzítő viselés, valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és más szóba jövő kezelési eljárás előnyeit illetve hátrányait is.

A javasolt gyógmód kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről szóban döntsek arról, milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattam arról, hogy folyamatosan kész engem állapotomról illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak az alábbi előre nem várható **szövődmények**, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják ízületi gennyedés, mozgás beszűkülés, ízületi gyulladás.

3. Tájékoztatót kaptam arról, hogy mely beavatkozásokhoz nem szükséges külön beleegyző nyilatkozatot adnom.

- Beleegyzem, hogy a gyógykezelésemhez szükséges általános labor,- és röntgen vizsgálatokat valamint terápiás beavatkozásokat elvégezzék.

4. A házirendről tájékoztatót kaptam, tudomásul vettem, és a **legjobb tudásom szerint betartom.**

5. Tájékoztatót kaptam a személyi azonosító karszalag igénylésének lehetőségéről, a betegazonosítás céljáról, működéséről.

6. Hozzájárulok az ápolási beavatkozásokhoz és az ápolással kapcsolatos adatkezeléshez.

7. Tájékoztatót kaptam jogaimról, így különösen arról, hogy milyen feltételek fennállása esetén van jogom az ellátás visszautasítására, illetve a gyógyintézet elhagyására.

Ez esetben a kezelésem során visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért illetve a gyógy eredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

8. Tájékoztatót kaptam a kezelési tervről, melyet elfogadok, és a kezelésbe való beleegyzésem a tájékoztató megértése alapján, minden kényszerből mentesen adom.

9. Tájékoztatást kaptam a nemdohányzók védelméről szóló 1999. évi XLII. Törvény vonatkozó rendelkezéseiről, mely szerint a Kórház területén, csak a dohányzásra kijelölt helyen szabad dohányozni.

10. Tudomásul veszem, hogy a kórházban sem mobiltelefonnal, sem egyéb rögzítő-eszközzel sem kép, sem hangfelvétel nem készíthető.

A felvétel készítése illetve nyilvánosságra hozatala jogi következményeket von maga után.

11. A fenti tájékoztatással kapcsolatban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam.

13. **Tudomásul veszem, hogy a Kórház oktató kórház, ahol egyetemek, szakiskolák hallgatói szakmai gyakorlatukat töltik és szakorvosok, szakápolók irányításával részt vesznek az ellátásban**

14. **Hozzájárulok, hogy az ápolási dokumentációban megjelölt**

hozzátartozómat/hozzátartozóimat betegségemről teljeskörűen tájékoztassák:

a.) Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat betegségemről **teljeskörűen tájékoztassák:**

.....

b.) Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat betegségemről **korlátozottan tájékoztassák:**

.....

c.) Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat betegségemről **kérésükre se tájékoztassák:**

.....

Dátum: Mohács,

.....

.....
a beteg aláírása

.....
az orvos aláírása

Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni, ezért a döntéseket kezelőorvosomra bízom.

Dátum: Mohács,

.....

.....

a beteg aláírása

az orvos aláírása

Kiadás:11 Dátum:2019.05.06.

Azon. Beleegy.-01