

## *Általános beleegyező nyilatkozat*

Beteg neve: @@paciens\_neve Születési neve: @@születési\_neve  
Anyja neve: @@anya\_neve  
Született: @@pac\_szul\_hely @@szüldatum  
Lakcím: @@áll\_irányítószám @@áll\_település @@áll\_utca\_házzszám  
TAJ száma: @@taj\_maskszam  
Naplószám: @@amb\_naplo

Alulírott beleegyezem diagnosztikus, terápiás eljárások, műtét elvégzésébe.

Felhatalmazom a műtétet végző orvost, illetve orvoscsoporthoz és asszisztenciáját arra, hogy a műtét során felmerülő, olyan előre nem látható műtéti beavatkozást is elvégezzenek, amely orvosilag indokolt és az egészség megóvására, illetve az élet meghosszabbítására irányul.

Kijelentem, hogy a műtét (vagy) a diagnosztikus eljárás természetéről és céljáról, a kezelés lehetséges formáiról, a vele járó kockázatról és az elővigyázatosság ellenére adódó szövődmények lehetőségéről megfelelő felvilágosítást kaptam. Megértettem, hogy minden eljárásnak van valamilyen kockázata.

Beleegyezem a szükséges érzéstelenítő eljárás elvégzésébe és megértem, hogy az érzéstelenítésnek vannak kockázatai.

Beleegyezem az ésszerű határok között szükségesnek tartott vér, gyógyszer, kábítószer vagy más anyagok beadásába, valamint az orvos által szükségesnek tartott röntgenvizsgálat, eljárások és eszközök alkalmazásába.

Az orvostudomány fejlődése érdekében beleegyezem abba, hogy a műtétben, vagy a kezelőben olyan egészségügyi szakemberek lehessenek jelen megfigyelőként, akik a műtét, vagy beavatkozás menetéről fényképeket készíthetnek - azzal a kikötéssel - hogy a felvételen személyem nem válik felismerhetővé. Abban az esetben, ha a műtét során készült fényképfelvételeken felismerhetővé válnék, úgy annak felhasználásához külön hozzájárulás szükséges.

A kórházi orvosi kar tagjaként szereplő orvosom megvizsgálhatja, a testemből kivett szerveket, szöveteket, folyadékokat, vagy részeket megvizsgálhatja, megsemmisítheti.

Kijelentem, hogy az 1. Pontban megjelölt, diagnosztikai eljárásról, valamint annak lefolyásáról megfelelő tájékoztatást kaptam és részemről a beavatkozással kapcsolatban több kérdés nem merült fel.

**Az intézmény egész területén tilos a dohányzás, melynek betartása kötelező. A dohányzási tilalom megszegésének minden következményét vállalom.**

**Az adatkezelési tájékoztatót megismertem, az abban foglaltakat elfogadom és hozzájárok\* a fenti adataim kezeléséhez.**

@@megj\_kezorv\_név  
felvilágosító orvos

@@paciens\_neve  
beteg (vagy képviselője)

Salgótarján, @@sys\_datum\_hosszú

\*Az Ön személyes adatait a Szent Lázár Megyei Kórház, az Európai Parlament és a Tanács 2016/679 rendelet (GDPR) 7. cikk alapján is kezeli és feldolgozza.