



Szent Lázár Megyei Kórház
3100 Salgótarján Füleki út 54-56
Telefon: 32/522-000
Fax: 32/522-025

@@fek_oszt_belso_nev (@@fek_reszl_oepl_kod)
Osztályvezető főorvos: @@munkhely_vezeto

Általános beleegyező nyilatkozat

Beteg neve: @@paciens_neve Születési neve: @@születési_neve
Anyja neve: @@anya_neve
Született: @@pac_szul_hely @@szüldátum
Lakcím: @@áll_irányítószám @@áll_település @@áll_utca_házzszám
TAJ száma: @@taj_maskszam
Törzsszám: @@fekv_torzsszam

Alulírott beleegyezem diagnosztikus, terápiás eljárások, műtét elvégzésébe.

Felhatalmazom a műtétet végző orvost, illetve orvoscsoportot 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.

A betegazonosító karszallag felhelyezésébe belegyeznek? Igen Nem

Megjegyzés:

@@megj_kezovor_név
felvilágosító orvos

@@paciens_neve
beteg (vagy képviselője)

Salgótarján, @@sys_datum_hosszu