

**NYILATKOZAT**

**a beteg tájékoztatásáról és hozzájárulásának megadásáról**  
(műtétek vagy műtétnek minősülő, illetve invazív beavatkozások eseteire)

**I. RÉSZ**

**A beteg neve:**..... **TAJ száma:**.....

A tervezett beavatkozás (műtét) megnevezése:.....

.....

A tájékoztatást adó orvos:.....

A beavatkozást végző orvos:.....

**Alulírott kijelentem, hogy részletes és érthető orvosi tájékoztatást kaptam az alábbiakról:**

- milyen a jelenlegi egészségi állapotom, milyen betegségben szenvedek,  
nevezetesen:.....
- milyen gyógymódot, műtétet, beavatkozást javasol az orvos, nevezetesen:  
.....
- milyen káros következményekkel járhat az, ha nem kerül sor az orvos által javasolt beavatkozásra,  
nevezetesen:.....
- beavatkozás esetén betegségemben milyen változás várható (előny, ill. hátrány),  
nevezetesen:.....
- a beavatkozásnak lehet – e bizonyos szövődménye (amely gyakori, nem gyakori, előfordulhat) a  
leggondosabb ténykedés esetén is,  
nevezetesen:.....
- milyen érzéstelenítést vagy altatást igényel a tervezett beavatkozás, ezeknek milyen feltételei,  
előnyei és veszélyei vannak,  
nevezetesen:.....
- a fent nevezett beavatkozásnak (műtétnek) alternatív megoldásairól, a kórházunkban nem

hozzáférhető egyéb (alternatív) lehetőségekről is,

nevezetesen:.....  
 .....

**A részletes tájékoztatást megértettem, kérdéseimre választ kaptam.**

**Ennek alapján:**

**hozzájárulok**

**nem járulok hozzá**

tervezett beavatkozás, ill. műtét

.....

altatás, ill. vezetése érzéstelenítés

.....

vértranszfúzió adása

.....

...

...

.....  
 a felvilágosító orvos aláírása

.....  
 beteg (vagy törvényes képviselője)

.....  
 ...  
 a műtétet (beavatkozást) végző  
 orvos aláírása

.....  
 ...  
 anesztéziát (altatást) végző orvos  
 aláírása

Budapest, 20.....hó.....nap.....

**II. RÉSZ**

**(csak a hozzájárulás megtagadása esetén töltendő ki!)**

Kijelentem, hogy a részletes tájékoztatást megértettem, kérdéseimre választ kaptam, melyet követően a fent nevezett ellátáshoz/beavatkozáshoz/kezelési eljáráshoz nem járulok hozzá.

**Tudomásul veszem, hogy nemleges döntésemért, következményeiért a felelősség kizárólag engem terhel.**

Budapest, 20.....

.....  
 kezelőorvos aláírása

.....  
 beteg  
 (vagy törvényes képviselője)