

<b>CSMEK HÓDMEZŐVÁSÁRHELY - MAKÓ</b>	<b>BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT</b>
	<b>ÁLTALÁNOS TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT INVAZÍV RUTIN, NEM MŰTÉTI BEAVATKOZÁSRÓL</b>

A beteg neve:.....Osztály/Egység:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Lakóhelye:.....

A velem kapcsolatba kerülő egészségügyi szakdolgozók tájékoztattak arról, hogy kivizsgálásom és gyógykezelésem során akár járó-, akár fekvőbetegként szükség lehet a betegség tisztázását és kezelését szolgáló **invazív** beavatkozásokra is.

Ezek nem műtétek, de a veszélytelen vizsgálatoknál (mint pl. a has megtapintása) számomra megterhelőbbek. Olyan beavatkozások, amelyek a kültakaró (bőr, nyálkahártya) megsértésével, testüregbe, testnyílásba való behatolással (pl. vérvétel, injekció, infúzió, transfúzió, hólyagkatéterezés, beöntés, gyomorszonda levezetése stb.), tehát nagyobb kockázattal járhatnak.

Tájékoztattak arról, hogy a nyilatkozatban csak a **jelen beavatkozással kapcsolatos** legfontosabb szóba jöhető kivitelezési módot, annak esetleges szövődményeit említették meg. **Megértettem a beavatkozás, pontosan:**

**elvégzésének fontosságát, elmulasztásának hátrányait.**

**Felvilágosítást kaptam a beavatkozás veszélyeiről és kockázatairól is.**

Módomban állt a beavatkozás előnyeivel, hátrányaival, szövődményeivel kapcsolatban további kérdéseket feltenni. Ezzel a lehetőséggel éltem, kérdéseimre részletes szóbeli/rajzos választ kaptam. **Fenti tájékoztatót megértettem és tudomásul vettem!** Jelenleg a további tájékoztatásról lemondok!

**A szükségessé váló beavatkozáshoz, a vizsgálat elvégzéséhez hozzájárulok! Kérem a beavatkozás elvégzését!**

**Tudomásul vettem, hogy jelen nyilatkozatomat a beavatkozás megkezdése előtt bármikor visszavonhatom!**

Hozzájárulok, hogy velem kapcsolatban a **szakdolgozók hatáskörüknek, jogkörüknek megfelelően információt adjanak** a rólam érdeklődők számára.

**Megjegyzés:**

Dátum:....., 20..... hó ..... nap

.....  
a felvilágosítást  
és/vagy a beavatkozást végző  
aláírása

.....  
a beteg, vagy  
törvényes képviselő\*  
aláírása

\*A törvényes képviselő írta alá, mivel a beteg nem nyilatkoztaképes, mert:

Törvényes képviselő:

Név:

Lakcím:

Szül.dátum: