



CSORNAI MARGIT KÓRHÁZ

Cím: 9300 Csorna, Soproni u. 64.
Tel.: (96) 590-500 Fax: (96) 261 378
www.margitkorhaz.hu

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT EGYNAPOS SEBÉSZETI ELLÁTÁSHOZ

Alulírott..... Szül. név:.....
szül.hely..... Szül. idő:.....

Anyja neve.:

Lakcím:

TAJ száma:....., mint beteg, gyermek, illetve törvényes képviselője (a továbbiakban: beteg) a beavatkozással kapcsolatban a következő nyilatkozatot teszem, figyelemmel az egynapos sebészeti és a kúraszerűen elvégzendő ellátások szakmai feltételeiről szóló 16/2002 EszCsM rendelet 2. §. (2) bekezdés d.) pontjára:

- önellátásra képes vagyok, illetve az általam képviselt gyermek, beteg esetében az otthoni gondozás biztosított, illetve a gondozásra kötelezettséget vállalok;
- lakás- és higiénés körülményeim megfelelőek, azt magam és a beteg részére biztosítani tudom, a sebészeti beavatkozást követő elbocsátásra is tekintettel;
- a sebészeti beavatkozást követően saját illetve az általam képviselt beteg tartózkodási helyéről az ellátó egészségügyi intézmény személygépkocsival (mentővel) - átlagos forgalmat figyelembe véve - 30 perc alatt elérhető;
- a tartózkodási helyemen, az általam képviselt beteg tartózkodási helyén telefon biztosított;
- mind a saját, mind az általam képviselt beteg hazaszállításakor és a tartózkodási helyén a műtétet követő éjszakán a felügyelet, valamint szükség esetén a megfelelő egészségügyi ellátáshoz jutás lehetősége biztosított, illetve a beteg felügyeletéről, ellátásáról gondoskodom;
- hozzájárulok, hogy a rajtam illetve az általam képviselt betegen történő műtét egynapos sebészeti ellátás formájában történő elvégzéséhez.

A fentieket megértettem és tudomásul vettem. Egyúttal kijelentem, hogy a valóságnak nem megfelelő nyilatkozattal összefüggésben felmerült egészségügyi problémák tekintetében a beavatkozást végző intézmény felelősséggel nem tartozik.

Beleegyezem, hogy Csornai Margit Kórház a személyes adataimat (különleges adat) az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 Rendeletében (GDPR) – leírtaknak megfelelően kezelje.

Jelen beleegyző nyilatkozat az egészségügyről szóló 1997. CLIV. tv. 15-16§ - ban foglalt beleegyző nyilatkozattal együttesen érvényes.

Csorna,

.....
Beteg/törvényes képviselő

Előttünk, mint tanúk előtt:

1.
név

2.
név

.....
cím

.....
cím

Szigsz.:.....

Szigsz.:.....



CSORNAI MARGIT KÓRHÁZ

Cím: 9300 Csorna, Soproni u. 64.
Tel.: (96) 590-500 Fax: (96) 261 378
www.margitkorhaz.hu

MŰTÉTI BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT (collum rehab.)

Alulírott Szül. név:.....
Szül.hely/dátum:tanúsítom, hogy Dr.
teljes körűen felvilágosított az alábbiakról.
A betegségem, amely kórisme szerint magyarul, esetleg latinul:.....

A javasolt gyógymódról, amely (magyarul) **Méhnyak reconstructio (plasticai) helyreállító műtét** és annak ismert kockázatairól és következményeiről: **méh, környező szervek, szövetek sérülése, utóvérzés, fertőzés, gyulladás sebgyógyulási zavar.**

Ismertette az ajánlott és más szóba jövő kezelés eljárás előnyeit, illetve hátrányait.....

A javasolt gyógymód kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam. Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon dönthessek arról, milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak az alábbi előre nem várható szövődmények, amelyek a várható gyógykezelést kedvezőtlenül befolyásolhatják (a beteg aláírása előtt az orvos tölti ki: méhsérülés, utóvérzés, sebgyógyulási zavar).....

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelésekből bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

A kezelésbe, (műtétbe, stb.) való beleegyezésemet, a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom. Ennek alapján kérem az alábbi kezelést, műtétet elvégezzék: méhnyakreconstructio

.....
orvos aláírása

.....
beteg aláírása

Csorna, 20.....