



**Kérelem és beleegyező nyilatkozat  
beavatkozásokhoz és műtétekhez  
(szülészet-nőgyógyászat)**

A beteg neve.....születési dátuma.....

Kérem a gyógyintézetet, hogy az előző oldalon megnevezett beavatkozást ill. műtétet rajtam elvégezni szíveskedjenek. A megajánlott beavatkozás elvégzéséhez egyetértő beleegyezésemet adom. Elismerem, hogy döntésem megkönnyítésére, személyre szabottan, megfelelően tájékoztattak, és lehetőséget kaptam írásos ismertetető áttanulmányozására is.

Ismertették velem a beavatkozást indokoló betegséget, illetve kóros állapotot, a betegség veszélyeit, a kezelés esetleges egyéb lehetőségeit, a tervezett beavatkozás módját, annak várható hatását és következményeit, lehetséges szövődményeit, a szükséges vizsgálatokat, az esetleg szükségessé váló járulékos beavatkozásokat, a gyógyulás kilátásait, valamint azt, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.

A beavatkozással és a beavatkozás azon változtatásaival, amelyek a műtét alatt kényszerhelyzetben adódhatnak, egyetértek. Megértettem és tudomásul veszem azt is, hogy kivizsgálásom és kezelése során tanuló nővérek, orvostanhallgatók, szakorvos jelöltek esetleges jelenléte a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója. A kapott felvilágosítást elegendőnek találtam, további felvilágosítást nem kérek. Kijelentem, hogy kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

Tudomásul veszem, hogy az orvosi beavatkozásra vonatkozólag 100 %-osan teljes körű (vagyis a legritkább szövődményekre, a legapróbb részletekre is kiterjedő ) tájékoztatás nem várható el. Így elfogadom, hogy tájékoztatásom az ilyen ritkán előforduló kockázatokra nem terjedt ki, és beleegyezésemet mindezek tudatában adom meg.

A felvilágosítást megértettem, a kérdéseimre választ kaptam.

Egyéb kérésem, kérdésem, megjegyzésem: .....

Az ajánlott beavatkozás elmaradásából származó következmények:.....

Választható alternatíva: (beavatkozás, kezelés).....

Annak szövődményei:.....

*Elismerem, hogy beleegyezésemet kellő megfontolás után a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom.*

Sátoraljaújhely.....év.....hó.....nap.

.....  
kezelőorvos

.....  
beteg vagy törvényes képviselő aláírása