

TÁJÉKOZTATÁS ÉS HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

Ez a tájékoztatás azt a célt szolgálja, hogy segítsen Önnek eldönteni, hogy elvégezteti-e a KELEN Kórház Kft.-vel az Ön/vagy Önt az Egészségügyről szóló 1997. évi CLIV törvény (továbbiakban Eü. tv.) 16 § (1) bekezdés a.) pontja által megnevezett személy / vagy az Ön által képviselt cselekvőképtelen illetve korlátozottan cselekvőképes személy /a megfelelő aláhúzendó/ (továbbiakban beteg) által kívánt beavatkozást, nevezetesen: **vastagbél-tükrözés altatásban.**

A jelen tájékoztatás általános és egyéni részből áll. Az általános részt a jelen irattal egyidejűleg átadott orvos-szakmai ismertetők tartalmazzák (amelyek átvételét a hozzájáruló nyilatkozat aláírása igazolja), illetőleg az Önnel/Önnel és megnevezőjével, Önnel és a képviselt cselekvőképtelen, korlátozottan cselekvőképtelen személlyel (a megfelelő aláhúzendó) folytatott személyes megbeszélés során ismertetjük orvos-szakmai szempontból az Ön egészségi állapotát, illetve a beavatkozással és érzéstelenítéssel együtt járó következményeket. A tájékoztatás során a tőlünk elvárható ismereteknek megfelelően és legjobb tudásunk szerint egyesített formában megadott teljes körű tájékoztatást nyújtunk.

Részletesen tájékoztatjuk az alábbiakról:

- a.) egészségi állapotáról, beleérve ennek orvosi megítélését is,
- b.) a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról
- c.) a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lényeges előnyeiről és kockázatairól,
- d.) a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjairól,
- e.) döntési jogáról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében,
- f.) a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről,
- g.) az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről,
- h.) a további ellátásokról, valamint
- i.) a javasolt életmódról
- j.) a későbbiekben a beavatkozások eredményeiről, esetleges sikertelenségéről, illetve a vártól eltérő eredményről és annak okairól

Meg kívánjuk jegyezni, hogy a „a tőlünk elvárható ismereteknek megfelelően legjobb tudásunk szerinti” Eü. Tv. szerinti előírás azt jelenti, hogy minden következményt előre nem sorolhatunk fel, hiszen előfordulhatnak olyanok is, amelyeket az orvostudomány ma még nem ismer, ezért lehet a beavatkozásnak olyan következménye is, amit írásbeli és szóbeli tájékoztatás nem tartalmaz.

Fontos, hogy a beavatkozás előtt tájékoztassa a Kelen Kórház Kft.-t

- a beteg korábbi betegségeiről, gyógykezeléseiről, gyógyszer vagy gyógyhatású készítmény szedéséről, egészségkárosító kockázati tényezőiről,
- az egészségügyi ellátást érintő, a beteg által korábban tett jogi nyilatkozatokról,
- szükséges, hogy a gyógykezeléssel kapcsolatban a Kft-től illetve orvosától kapott rendelkezéseket a beteg tartsa meg.

A fenti kötelezettség megszegése esetén, az esetleges következményekért a Kft. nem vagy csak enyhébb formában vállalhat felelősséget.

Egyéni rész:

Ez az üresen hagyott rész szolgál arra, hogy az Ön és a beteg észrevételére, kérdéseire válaszoljunk, illetőleg, hogy az értelmezni kért szakkifejezéseket megmagyarázzuk. Abban az esetben, ha az egyéni rész kitöltését nem kéri, úgy azt kérjük átlósan húzza át.

.....

Hozzájáruló nyilatkozat

Alulírott (név, cím)
 aláírással tanúsítom, hogy az alábbi beavatkozásokról **vastagbél-tükrözés** és érzéstelenítésről **altatásban** különösen a beteg egészségi állapotáról, beleértve annak orvosi megítélését is, a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról, a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól, a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjairól, döntési jogról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében, a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről, az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről, a további ellátásokról, valamint a javasolt életmódról egyesített formában **Dr. Schwab Richárd és**
 (orvosok nevei) teljes körű tájékoztatást kaptam, a jelen iratban és az átvett orvos-szakmai ismertetőkben foglaltakat, valamint a szóban elmondottakat megértettem és tudomásul vettem, illetőleg a felmerült kérdéseimre választ kaptam.

A fentiek ismeretében tájékozott és tudatos döntésem értelmében hozzájárulok ahhoz, hogy rajtam
 (név, cím)

a tájékoztatására és hozzájárulásra megnevezőmön / (név, cím)

cselekvőképtelen, korlátozottan cselekvőképes hozzátartozómon

(a megfelelő rész aláhúzendó)/ az ismertetett beavatkozást az ismertetett érzéstelenítés mellett **Dr. Schwab Richárd és** orvosok a KELEN Kórház Kft-ben elvégezzék.

Budapest,

.....
 beteg / beteg által megnevezett személy / korlátozottan cselekvőképes,
 vagy cselekvőképtelen beteg hozzátartozójának aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

.....

Név: Név:

Lakcím: Lakcím:

Szig.sz.: Szig.sz.: