

## BELEEGYZÉSI NYILATKOZAT

Beleegyezem, hogy ambuláns ellátásom során a betegségem tisztázásához szükséges diagnosztikus és gyógyító beavatkozásokat (pl. vérvétel, radiológiai vizsgálat, infúzió, injekció, hólyagkatéterezés) elvégezzék.

A beavatkozásról az orvos általi szóbeli tájékoztatást megértettem, valamennyi kérdésemre választ kaptam. **A beavatkozás elvégzésébe és a további kezelésbe beleegyezem, kérem annak elvégzését és további folytatását.**

Az értékmegőrzést igénybe veszem	Az értékmegőrzést nem veszem igénybe	
----------------------------------	--------------------------------------	--

Keszthely, .....

**Tájékoztatót végző orvos:** (olvasható aláírás)

.....  
Kezelőorvos

.....  
beteg olvasható aláírása

.....  
vagy a törvényes képviselő aláírása (1)

**Beteg neve:**

Születési helye ideje:

Lakcíme:

**Törv. képv. neve:**

Születési helye, ideje:

Lakcíme:

(1) cselekvőképesség, vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett CSAK a törvényes képviselő írhatja alá!

A kezelőorvos részletes felvilágosítása – mely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló következményeket is tartalmazta – ellenére a beavatkozás elvégzéséhez **nem járulok hozzá, az ellátást visszautasítom.**

Keszthely, .....

**Tájékoztatót végző orvos:** (olvasható aláírás)

.....  
Kezelőorvos

.....  
beteg olvasható aláírása

.....  
vagy a törvényes képviselő aláírása (1)

**Beteg neve:**

Születési helye ideje:

Lakcíme:

**Törv. képv. neve:**

Születési helye, ideje:

Lakcíme:

(1) cselekvőképesség, vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett CSAK a törvényes képviselő írhatja alá!

.....  
(1) Tanu aláírása

.....  
(2) Tanu aláírása

(1) Tanu neve: .....

Lakcíme: .....

(2) Tanu neve: .....

Lakcíme: .....

(A nyilatkozatot a MedWorkS rendszerben rögzítette: Kezelőorvos )