

BELEEGYZÉSI NYILATKOZAT / CONSENT AGREEMENT

Beleegyezem, hogy ambuláns ellátásom során a betegségem tisztázásához szükséges diagnosztikus és gyógyító beavatkozásokat (pl. vérvétel, radiológiai vizsgálat, infúzió, injekció, hólyagkatéterezés) elvégezzék. /Hereby I give my assent to the necessary diagnostic- and medical interventions (e.g.cupping, X-ray, infusion, injection, bladder catheterize) related to my ambulant treatment.

A beavatkozásról az orvos általi szóbeli tájékoztatást megértettem, valamennyi kérdésemre választ kaptam. / I have understood the information about the intervention disclosed by the doctor orally, and I got the answers to my questions.

A beavatkozás elvégzésébe beleegyezem, kérem annak elvégzését. / I consent to the intervention and hereby I ask for the execution thereof.

Keszthely,

Tájékoztatóst végző orvos / Doctor informing the patient: (olvasható aláírás) (legible signature)

.....
Kezelőorvos

.....
Beteg olvasható aláírása /
Legible signature of the patient

.....
vagy a törvényes képviselő aláírása
/ signature of the statutory deputy (1)

Beteg neve / Name of the patient:
.....

Törv. Képviselő neve / Name of the statutory deputy:

Születési ideje, helye / Date and place of birth: Születési helye, ideje / Date and place of birth:
.....

Lakcíme / Address:
.....

Lakcíme /Address:

- I. cselekvőképzetlenség, vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett CSAK a törvényes képviselő írhatja alá! / (1) in case of capacity or restricted capacity exclusively the statutory deputy can sign instead of the patient!

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

Despite the fact that the doctor has disclosed all the necessary information related to the intervention in detail – even the consequences if the intervention is not performed- **I do not give my assent to the intervention, I decline the medical attendance.**

Keszthely,.....

Tájékoztatóst végző orvos / Doctor informing the patient: (olvasható aláírás) (legible signature)

.....
Kezelőorvos

.....
Beteg olvasható aláírása
/ Legible signature of the patient

.....
törv. Képviselő aláírása / signature of the statutory deputy (1)

Beteg neve / Name of the patient:
.....

Törv. Képviselő neve /Name of the statutory deputy:

Születési ideje, helye/ Date and place of birth:
.....

Születési ideje, helye/ Date and place of birth:

Lakcíme /Address:
.....

Lakcíme / Address:

(1) cselekvőképtelenség, vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett CSAK a törvényes képviselő írhatja alá! / (1) In case of capacity or restricted capacity exclusively the statutory deputy can sign instead of the patient!

.....
Tanú (1) aláírása / signature of witness (1)

.....
Tanú (2) aláírása / signature of witness (2)

(1) tanú neve / name of witness (1):

(2) tanú neve /name of witness (2):

.....

.....

Lakcím / Address:

Lakcím / Address:

.....

.....