

## BELEEGYZÉSI NYILATKOZAT

A beavatkozásról a tájékoztatót elolvastam, az orvos általi szóbeli tájékoztatást megértettem, valamennyi kérdésemre választ kaptam. **A beavatkozás elvégzésébe beleegyezem, kérem annak elvégzését.**

Keszthely, .....

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

.....

Kezelőorvos

.....

beteg olvasható aláírása

Beteg neve:

Születési helye ideje:

Lakcíme:

.....

vagy a törvényes képviselő aláírása (1)

Törv. képv. neve:

Születési helye, ideje:

Lakcíme:

(1) cselekvőképzetlenség, 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

Beteg neve:

Születési helye ideje:

Lakcíme:

.....

vagy a törvényes képviselő aláírása (1)

Törv. képv. neve:

Születési helye, ideje:

Lakcíme:

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

.....

(1) Tanu aláírása

(1) Tanu neve: .....

Lakcíme: .....

.....

(2) Tanu aláírása

(2) Tanu neve: .....

Lakcíme: .....

(A nyilatkozatot a MedWorkS rendszerben rögzítette: ..... )