

Osztály neve:

NEAK KÓD:

## Beleegyező nyilatkozat kórházi felvételbe - Újszülött részleg

Beteg neve:

TAJ száma:

Anyja neve:

Születési helye, ideje:

Lakcíme:

**Kérem** gyermekem felvételét, és beleegyezem az újszülöttkori BCG védőoltás beadásába, a szűrővizsgálatok elvégzésébe, valamint betegség jelentkezésekor a laboratóriumi, röntgen, Uh vizsgálatokba, illetve infúziós, gyógyszeres kezelési módokba.

Amennyiben a fentiekén kívüli beavatkozásra lesz szükség, a hatályos törvényeknek megfelelően, további beleegyezésemet fogják kérni.

**Tanúsítom, hogy engem kellő mértékben, számomra érthető módon, személyre szabottan felvilágosítottak jelenlegi kórházi felvétel okáról és a tervezett gyógykezelésről, annak esetleges kockázatairól, szövődményeiről; valamint a betegazonosító karszalag viseléséről.**

**Tudomásul veszem, hogy** szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolják.

**A gyermek hozzátartozóinak tájékoztatásáról a következőket rendelem (a megfelelő rész aláhúzendő):**

Az alábbi megnevezett hozzátartozókat, gyermekemről, annak betegségéről teljes körűen tájékoztathatják:

- szülő                      - házastárs/élettárs                      - gyermek                      - egyéb:.....

Az alábbi megnevezett személyeket gyermekemről, annak betegségéről kérésükre se tájékoztassák:.....

Karcag, .....

.....  
felvilágosítást végző orvos

.....  
mater, vagy törvényes képviselőjének aláírása

Az 1997.évi CLIV. törvény 15. § (4) bekezdése értelmében, amennyiben a beteg aláírásra nem képes, akkor szóbeli nyilatkozat, vagy ráutaló magatartás, vagy +++ aláírás esetén, előttünk, mint tanuk előtt:

Tanuk:

1.....  
név

2.....  
név

.....  
levelezési cím

.....  
levelezési cím

.....  
aláírás

.....  
aláírás

**Mater cselekvőképességében korlátozott, vagy nyilatkozattételi képességében akadályozott.**

Karcag,.....

.....  
felvilágosítást adó orvos aláírása, pecsétje