Beleegyező nyilatkozat a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézetben elvégzendő diagnosztikus eljárásba, kezelésbe

A gyermek neve: …… TAJ száma: ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐

TAJ szám hiánya esetén: Szül.idő:……. Anyja neve:.....

A szülő/törvényes képviselő neve: .....

Lakcíme: .....

A gyermek betegsége:

.....

Tervezett kivizsgálás, kezelés lehet:

- Gyógyszeres terápia
- Vérvétel
- Vénás kapcsolat kialakítása
- nem invazív képalkotó diagnosztika (röntgen, ultrahang)
- Egyéb:……
  ……

A kivizsgálás, kezelés során fellépő esetleges szövődmények:

- Gyógyszerallergia, rendellenes gyógyszerhatás
- Speciális: a beteg jelenlegi állapotából adódó esetleges problémák
- Vénás kapcsolat biztosítása (többszöri szúrás, folyadék szövetek közé jutása, vérömleny, keringési zavar).
- Egyéb:……
  ……

Tisztelt Szülő!
Ha valamelyik bekezdésben foglalttal nem ért egyet, vagy nem kapott róla kellő tájékoztatást, kérjük, egyértelműen jelezze azt a lapon áthúzással és az áthúzást aláírásával szíveskedjen ellátni!

Kijelentem, hogy a diagnosztikus eljárás, a kezelés céljáról és természetéről, a velejáró kockázatról, az elővigyázatosság ellenére kialakuló szövődmények lehetőségéről felvilágosítást kaptam. Megismertettek a javasolt eljáráson kívüli lehetőségekkel és azok esetleges hátrányaival.
Megértettem, hogy teljes biztonsággal szavatolni nem lehet a kívánt eredményt. Tudomásul veszem, és kellő felvilágosítást kaptam a fenti beavatkozás - az irodalmi adatok, a tudomány jelenlegi állása, és az egészségügyi statisztika szerint- leggyakoribb szövődményeiről.

Felkérem és felhatalmazom a fenti kezelést végző orvost, orvos-csoportot és asszisztenciáját arra, hogy a kezelés során olyan előre nem látható beavatkozást is elvégezzen, mely orvosilag indokolt, az egészség megóvására, illetve az élet meghosszabbítására irányul, és késedelme életveszélyes állapotot eredményez, illetve tartós egészségkárosodáshoz vezethet.

Beleegyezem az orvosi indikáció alapján szükségesnek tartott gyógyszer, infúzió adásába.

Beleegyezem abba, hogy az egészségügyi képzésben részt vevő hallgatók képzettségi szintjüknek megfelelően, szakmai felügyelet mellett részt vegyenek gyermekem ellátásban.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a kezelés során, valamint az anatómiai elváltozásról fényképfelvételeket vagy videofilmet készítsenek, azzal a kikötéssel, hogy a felvételen gyermekem személye nem válik felismerhetővé, kizárólag az érintett területről történik. Abban az esetben, ha az elváltozás jellege olyan, hogy annak dokumentációja során a gyermek személye felismerhetővé válik, annak felhasználásához külön engedély szükséges.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a diagnosztikus beavatkozás vagy kezelés során eltávolított szövetet, szervet, folyadékot szövettani vizsgálatot követően tudományos célokra felhasználják.

Kijelentem, hogy a fentebb leírt beavatkozásról, annak lefolyásáról kellő tájékoztatást kaptam, esetleges kérdéseimet a kezelőorvos megválaszolta.

Kijelentem, hogy valamennyi olyan fontos információt megosztottam kezelőorvosommal, mely gyermekem egészségi állapotára, korábbi és esetleges meglévő betegségeire, gyógyszerérzékenységére, allergiáira, korábbi műtéteire vonatkoznak.

Kijelentem, hogy a mai napon a fent nevezett gyermek törvényes képviselője vagyok, a szülői felügyeleti jogom felfüggesztve/ korlátozva/ megszüntetve nincs.

Budapest, 20 …….

....

a gyermek törvényes képviselője, az orvos aláírása
illetve a szülői felügyeleti jogot gyakorló személy aláírása

PH

.....

a gyermek aláírása (16 év felett)

....

1. tanú 2. tanú

HA A KEZELÉSBE NEM EGYEZIK BELE

A beleegyező nyilatkozat áttanulmányozása és az orvossal való személyes megbeszélés alapján a javasolt kezelésbe/műtétbe nem egyezem bele, a kezelés/műtét elmaradásából származó egészségkárosodásért az orvost semmilyen felelősség nem terheli.
Tudomásul veszem, hogy ha gyermekem cselekvőképtelen beteg, továbbá korlátozottan cselekvőképes kiskorú, és olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül - megfelelő egészségügyi ellátás mellett is - halálhoz vezet, és gyógyíthatatlan, és olyan beavatkozást kívánok visszautasítani, ami a betegség természetes lefolyását lehetővé téve életfenntartó vagy életmentő, abban az esetben, az egészségügyi szolgáltató keresetet indít a beleegyezés bíróság általi pótlása iránt. Tudomásul veszem, hogy a kezelőorvos a bíróság jogerős határozatának meghozataláig köteles a beteg egészségi állapota által indokolt ellátások megtételére. Közvetlen életveszély esetén a szükséges beavatkozások elvégzéséhez bírósági nyilatkozatpótlásra nincs szükség.
Tudomásul veszem, hogy a kezelőorvos a fenti kötelezettsége teljesítése érdekében - szükség esetén - igénybe veheti a rendőrhatóság közreműködését. (Eütv.20-21.§)

Budapest, 20 …….

....

a gyermek törvényes képviselője, az orvos aláírása
illetve a szülői felügyeleti jogot gyakorló személy aláírása

PH

.....

a gyermek aláírása (16 év felett)

....

1. tanú 2. tanú