
BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott

jelen nyilatkozat aláírásával beleegyezésemet adom a kezelőorvosom által javasolt beavatkozások elvégzéséhez.
Beleegyezésem kényszertől mentes, és a beavatkozások elvégzése előtt részletes tájékoztatást kaptam:

- egészségi állapotomról és annak orvosi megítéléséről,
- a javasolt beavatkozás elvégzésének, illetve elmaradásának előnyeiről és kockázatáról,
- a lehetséges alternatív eljárásokról,
- az ellátás folyamatáról, várható kimeneteléről,
- döntési jogomról a javasolt beavatkozás tekintetében,
- a kórházi adatvédelemről.

A házirend és a térítési díjszabályzat hozzáférhetőségéről tájékoztatást kaptam. A fenti tájékoztatások során kérdéseimre is kielégítő válaszokat kaptam, további kérdésem nincs. A túloldali adatvédelmi nyilatkozatban leírtakat tudomásul vettem és az abban foglaltakhoz hozzájárulok.

Visegrád, 20.....

.....
orvos

.....
beteg (képviselő)