



**TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT**  
**Bőrelváltozás kimetszése**

**EHB 7-09/00-43**

Változat: 1

Hatályba lépés:

2023-04-28

**Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház**

**Tagkórház megnevezése:**

**Tagkórház címe:**

**OSZTALY NEVE:**

*Osztályvezető főorvos:*

NEAK KÓD:

**Beteg neve:**

**Születési név:**

**Születési hely, idő:**

**Lakcím:**

**TAJ szám:**

**Anyja neve:**

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképes kiskorú, illetve a cselekvőképességében bármely ügycsoport tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a törvényes képviselő adatai: (név, szül. hely, idő, anyja neve, lakcím):

.....  
.....

**Rokonsági foka:**

- a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában  
 b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes  
 ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában  
 bb) gyermeke, ennek hiányában  
 bc) szülője, ennek hiányában  
 bd) testvére, ennek hiányában  
 be) nagyszülője, ennek hiányában  
 bf) unokája

- c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes  
 ca) gyermeke, ennek hiányában  
 cb) szülője, ennek hiányában  
 cc) testvére, ennek hiányában  
 cd) nagyszülője, ennek hiányában  
 cc) unokája

Ha az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van, tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során igényli- e támogatója jelenlétét? Igen / nem

**Ha igen:**

Támogató neve: .....

Címe: .....

Telefonszáma: .....

**1./ Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):**

**2./ Beavatkozás megnevezése (magyarul, esetleg latinul):**

Exstirpatio – szövetszaporulat, bőrelváltozás kimetszése, eltávolítása

Incisio, drain behelyezése

**3./ Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:**

**4./ Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:**

**5./Javasolt beavatkozás előnye és kockázata:**

**Előnyei:** A szövetszaporulat, bőrelváltozás eltávolításával panaszainak megszűnése.

**Kockázata:** Műtét utáni vérzés, sebgyógyulási zavarok, varratelégelenség, recidíva kialakulása, lázas állapot, gyógyszer okozta allergiás szövődés.

**6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:** Panaszainak fokozódása, állapotrosszabbodás, szövetszaporulat-bőrelváltozás rosszindulatúvá válása.

**7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek: -**

**8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:** Műtétet követően a beteg panaszmentesen otthonába távozik.

**9./ A javasolt életmódról, további ellátásokról kezelőorvosomtól folyamatosan és az Ambuláns kezelőlapban írásban kapok tájékoztatást.**



## TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT Bőrelváltozás kimetszése

EHB 7-09/00-43

Változat: 1

Hatályba lépés:

2023-04-28

A fenti és az általam feltett kérdésekre mind szóban, mind írásban számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.

Kellő idő és információ állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, milyen beavatkozást szeretnék. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozások bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására, ezt saját kézirással írt és aláírt teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenségem esetén két tanú együttes jelenlétében megtett és azok aláírásával ellátott magánokiraton kell megtennem. Ez esetben a beavatkozás elmaradása miatt a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akik által végzendő beavatkozásokat nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. Az alapos ok nélküli visszautasítás esetén a felmerült költségeket meg kell térítenem.

Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom. Kezelőorvosom kész engem állapotomról, illetve annak változásairól folyamatosan, megfelelően tájékoztatni.

A fentiek alapján minden megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésemet adom a megnevezett egészségügyi beavatkozáshoz, és kérem, hogy azt rajtam végezzék el.

Dátum

.....  
kezelőorvos aláírása

.....  
beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....  
tanú (név, lakcím)

.....  
tanú (név, lakcím)

Ha a betegnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van és tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során támogatója jelenlétét igényelte, a jelen lévő támogató aláírása:

.....  
támogató aláírása

### Beavatkozás visszautasítása

**A kezelőorvos által tervezett és megajánlott beavatkozás elvégzésébe felelősségem teljes tudatában nem egyezem bele.** (a nyilatkozat teljes szövegének kézirással történő megismétlése és aláírása szükséges vagy írásképtelenség esetén együttesen jelenlévő 2 tanú aláírása):

.....  
.....  
.....  
**Figyelmeztetés!**

A beavatkozás visszautasításának joga nem gyakorolható, amennyiben a beavatkozás elmaradása mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné. Cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén **nem utasítható vissza** az olyan ellátás, amelynek elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be. Amennyiben cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a betegség természetes lefolyását lehetővé tévő életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására kerül sor, a Kórház keresetet indít a beleegyezés bíróság általi pótlása iránt. A kezelőorvos a bíróság jogerős határozatának meghozataláig köteles a beteg egészségi állapota által indokolt ellátások megtételére, amelyhez szükség esetén rendőrhatalóság közreműködését is igénybe veheti. Közvetlen életveszély esetén a szükséges beavatkozások elvégzéséhez bírósági nyilatkozatpótlásra nincs szükség.



**TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT**  
**Bőrelváltozás kimetszése**

**EHB 7-09/00-43**

Változat: 1

Hatályba lépés:

2023-04-28

Dátum:

kezelőorvos aláírása

beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt<sup>1</sup>:

tanú (név, lakcím)

tanú (név, lakcím)

Ha a betegnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van és tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során támogatója jelenlétét igényelte, a jelen lévő támogató aláírása:

támogató aláírása

### **Tájékoztatásról való lemondás**

**Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Helyettem tájékoztassák: .....**

Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézírásával megismételten leírva, aláírva, vagy írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében és azok aláírásával ellátott teljes bizonyítóerejű magánokiraton erősítse meg!

***Figyelem! Az Eütv. 14. § (1) bekezdése alapján a cselekvőképes beteg nem mondhat le a tájékoztatásról, amennyiben betegsége természetét ismernie kell ahhoz, hogy mások egészségét ne veszélyeztesse!***

Dátum:

<sup>1</sup> Ezen nyilatkozat érvényességének feltétele, hogy a beteg két tanú jelenlétében írja alá a nyilatkozatot, vagy aláírását két tanú jelenlétében saját kezű aláírásának ismerje el, vagy a beteg írásképtelensége esetén a nyilatkozatot szóban két tanú előtt tegye meg.



**TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT**  
**Bőrelváltozás kimetszése**

**EHB 7-09/00-43**

Változat: 1

Hatályba lépés:

2023-04-28

.....  
kezelőorvos aláírása

.....  
beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....  
tanú (név, lakcím)

.....  
tanú (név, lakcím)

**Beleegyezés-, illetve visszautasítás jog gyakorlására jogosult személy kijelölése**

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény [Eütv.] 16. § (1) bekezdés a) pontja alapján az alábbi cselekvőképes személyt jelölöm meg, hogy helyettem a beleegyezés-, vagy visszautasítás jogát gyakorolja:

<b>Név:</b>	
<b>Lakcím:</b>	
<b>Telefonszám:</b>	

Az Eütv. 16. § (1) bekezdés b) pontja alapján a beleegyezés-, vagy visszautasítás jogának helyettem történő gyakorlásából, illetve a betegségemről történő tájékoztatásból – az Eütv. 16. § (2) bekezdésben meghatározott személyek közül – az alábbi személyeket zárom ki (neve és rokonsági foka megjelölésével):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Dátum:**

.....  
beteg aláírása



**TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT**  
**Bőrelváltozás kimetszése**

**EHB 7-09/00-43**

Változat: 1

Hatályba lépés:

2023-04-28

Előttünk, mint tanúk előtt<sup>2</sup>:

.....  
tanú (név, lakcím)

.....  
tanú (név, lakcím)

**A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!**

Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház  
4400 Nyíregyháza, Szent István u. 68. Tel: 42/599-700

---

<sup>2</sup> Ezen nyilatkozat érvényességének feltétele, hogy a beteg két tanú jelenlétében írja alá a nyilatkozatot, vagy aláírását két tanú jelenlétében saját kezű aláírásának ismerje el, vagy a beteg írásképtelensége esetén a nyilatkozatot szóban két tanú előtt tegye meg.