|  |  |
| --- | --- |
| SC V&V Dental SrlIntr Ghipes 8Odorheiu SecuiescCUI 6926460 |  |

**BETEG-BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** **A paciens adatai** | A beteg neve |  |
| Lakhely: |  |
| **2.**  **A beteg törvényes képviselőjének neve** \*) | Név |  |
| Lakhely: |  |
| Minősége: |  |
| **3.** Kezelés (leírás):  |
| **4.** A kezeléssel kapcsolatban a következő informaciók át voltak adva a paciensnek: | Igen | Nem |
| A beteg egeszségével kapcsolatos információk |  |  |
| Diagnózis |  |  |
| Prognózis |  |  |
| Javasolt kezelés  |  |  |
| Beavatkozások és beavatkozási folyamatok |  |  |
| A kezelés előnyei és hátrányai |  |  |
| A kezelés esetleges kockázatai |  |  |
| Egyébb alternatív kezelési lehetőség és ezek kockázatai |  |  |
| A kezelés elmulasztásának következményei |  |  |
| Az orvos javaslatainak elmulasztásának következményei  |  |  |
| **5.** Beleegyezés mintavételbe | A páciens beleegyezik a minták vételébe, tárolásába és a biológiai termékek használatába.  |  |  |
| **6.** Egyébb információ amit a páciens tudatára lett adva |  |  |
| Az elérhető orvosi szolgáltatásokkal kapcsolatos információk |  |  |
| Személyzet kilétével es képzettségével kapcsolatos információk |  |  |
| A belső rendszabálzzattal kapcsolatos információk amit követnie kell |  |  |
| A paciens tudatára volt hozva, hogy joga van egy második orvosi véleményhez |  |  |
| **7.** A páciens szeretné, hogy továbbra is informálva legyen az egészségéről |  |  |
| **8.** A páciens beleegyezik a röntgen használatára, diagnosztikai okbol. |  |  |

\*) Kiskorú vagy gyámság alatt álló beteg esetén

\*\*) A második oldalon található személyzeti táblázaton ellenőrizhető.

**I)** **Alulírott**, ........................................................................, kijelentem, hogy megértettem az összes információt amit ...........................................-tól kaptam (orvos / aszisztens neve) ................................................... és a fenntebb felsoroltakban az orvos-aszisztensnek csak reális információt adtam és ezennel beleegyezem a kezelésbe.

|  |
| --- |
| **X ................................................................... Dátum: ......./......./................ Óra: ..................****A beteg vagy annak törvényes képviselőjének az aláírása** |

**II)** Alulírott beteg / törvényes képviselője, ........................................................................................... kijelentem, hogy megértettem az összes információt amit .................................................... -tól kaptam (orvos / aszisztens neve)................................................ és a fenntebb felsoroltakban, hogy tudtomra voltak hozva a kezelés visszamondásával járó következmények és visszamondom a kezelést.

|  |
| --- |
| X ................................................................... Dátum: ......./......./................ Óra: ..................A beteg vagy annak törvényes képviselőjének az aláírása aki visszamondta a kezelést |

|  |
| --- |
| **A beteget ápoló személyzet listája ..................................................................** (A beteg neve) |
| Nr. crt. | Numele și prenumele | Zakmai státusz |
| 1 | Vajna Zsolt Peter | Orvos |
| 2 | Vajna Balint Peter | Orvos |
| 3 | Mozes Hemmer Agota | Orvos |
| 4 | Hegedus Katalin | Orvos |
| 5 | Szekeres Bálint | Orvos |
| 6 | Balint Erika | Aszisztens |
| 7 | Bedo Edit Piroska | Aszisztens |
| 8 | Szilveszter Agota | Aszisztens |
| 9 | Boros Erika | Aszisztens |
| 10 | Kovács Melinda | Aszisztens |