



**GOTTSEGEN GYÖRGY**  
**ORSZÁGOS KARDIOVASZKULÁRIS INTÉZET**  
*Kardiológiai Osztály*

A beteg neve: ....., azonosítója:.....

**Ideiglenes szívritmus-szabályozó beültetés**  
**(Ideiglenes pacemaker kezelés)**

**Betegtájékoztató és nyilatkozatok**

***Tisztelt betegünk!***

Jelenlegi állapota szükségessé teszi, hogy Önnek **ideiglenes szívritmus-szabályozót ültessünk be**, végezzünk.

A beavatkozás elvégzéséhez szükséges az Ön írásos beleegyezése.

Kérjük, mielőtt kezelőorvosa személyesen is tájékoztatja Önt a szükséges beavatkozás részleteiről, figyelmesen **olvassa el** ezt az ismertetőt, majd sajátkezűleg **írja alá** a végén levő beleegyező nyilatkozatot.

Amennyiben kérdése van a leírtakkal kapcsolatban, még az aláírás előtt kérjen további **szóbeli tájékoztatást** is kezelőorvosától! Ha az írásbeli és szóbeli tájékoztatás alapján nem kíván beleegyezni a beavatkozásba, ne ezt, hanem egy — szintén kezelőorvosától kapott — **Megtagadó nyilatkozatot** írjon alá. Kérjük, fontolja megdöntését!



## Orvosi nyilatkozat

A Gottsegen György Országos Kardiovaszkuláris Intézet érintett orvosai, valamint a beteg gyógykezelésben résztvevő valamennyi egészségügyi dolgozó nevében is kijelentem és biztosítom, hogy az orvosi és az egyéb kapcsolódó egészségügyi munkákat mindenkor a hatályos törvények, valamint az egyéb kötelező jogszabályok betartásával, az orvosi eskü vonatkozó szabályainak és követelményeinek megfelelően, a lehetséges és elvárható színvonalon, maximális gondossággal végezzük - a beteg korától, nemétől, vallásától, politikai, illetve világnézetétől, nemzetiségétől és állampolgárságától függetlenül.

.....  
a tájékoztatást adó és nyilatkozatot tevő

orvos(ok) aláírása

## A beteg beleegyező nyilatkozata

Kijelentem, hogy a tervezett a szívritmus helyreállító beavatkozással kapcsolatban a megadott szóbeli és a fentiekben részletezett írásbeli tájékoztatást (*orvosi felvilágosítást*) megértettem.

Megértettem továbbá a beavatkozással kapcsolatos szövődmények kockázatát is; lehetőségem volt kérdéseket feltenni, valamennyi kérdésemre kielégítő választ kaptam, további kérdésem nincs.

Mindezek tudatában én, mint érdekelt beteg ezennel kijelentem, hogy a tervezett beavatkozás személyemen való elvégzésébe ezennel és feltétel nélkül kényszertől, fenyegetéstől mentesen, szabad akaratomból **beleegyezem**, vállalom továbbá annak a fenti tájékoztatóban jelzett kockázatait, illetve a fent megjelölt esetleges következményeket.

Budapest,.....év ..... hó ..... nap

.....  
beteg aláírása



### **Hozzá tartozói beleegyező nyilatkozat**

(Kiskorú gyermek vagy gyámság, illetve gondnokság alatt álló vagy cselekvőképtelen, illetve korlátozottan cselekvőképes beteg esetében töltendő ki.)

.....  
(a beteg neve, azonosító adatai)

nevű gyermekemen (hozzátartozómon) végzendő szívritmushelyreállító beavatkozással, annak lehetséges szövődményeivel, kockázatával kapcsolatos szóbeli és írásbeli tájékoztatást megértettem, tudomásul vettem. A beavatkozással kapcsolatban lehetőségem volt kérdéseket feltenni, amelyekre megfelelő választ kaptam; további kérdésem nincs.

Beteg hozzátartozóm szívritmushelyreállító beavatkozásának elvégzéséhez nevezett képviselőmben **a beleegyező nyilatkozatot helyette megadom.**

A hozzátartozói minőségemet megvalósító rokonsági fok, illetve jogcím: (a beteg gyermekem, örökbefogadott gyermekem, a beteg gyámja, gondnoka vagyok, egyéb jogcím, illetve rokonsági fok):

.....  
Budapest, .....év .....hó..... nap

.....  
a hozzátartozó (v. jogi képviselő)  
aláírása