



### 1. Tájékoztatási joggal kapcsolatos nyilatkozat

Az orvosi titoktartás alól az alábbi rendelkezésemmel adok felmentést kezelőorvosomnak a következők szerint:

1. Betegségemről, annak várható kimeneteléről teljes körű tájékoztatást kapjon:

Név: ..... (lakcím: .....)

anyja neve: .....

Név: ..... (lakcím: .....)

anyja neve: .....

Név: ..... (lakcím: .....)

anyja neve: .....

2. Részletes tájékoztatást kapjon:

Név: ..... (lakcím: .....)

anyja neve: .....

Név: ..... (lakcím: .....)

anyja neve: .....

A tájékoztatás az alábbiakra terjedjen ki:

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

3. Betegségemről, annak várható kimeneteléről még kérésükre se tájékoztassák az alábbi személyeket:

Név: ..... (lakcím: .....)

Név: ..... (lakcím: .....)

4. A kórháznak megtiltom, hogy a kórházi benntartózkodásomról, illetve a kapott kezeléssel bárki számára tájékoztatást adjon. Egyidejűleg jelen nyilatkozat aláírásával igazolom, hogy a kórteremben megkaptam a betegjogi tájékoztatót, illetve a házirendet, amelyből az egészségügyi törvényben biztosított betegjogokról, annak kórházi érvényesítési rendjéről, illetve a kórházi belső rendről kapok tájékoztatást. Továbbá tudomással bírok arról is, ha a házirenddel vagy a betegjogi tájékoztatóval kapcsolatosan további kérdésem, illetve észrevételem van, azt kezelőorvosommal megbeszélhetem.

Dátum: .....

.....

kezelőorvos

beteg (vagy törvényes képviselő)



**2. Nyilatkozat a tájékoztatásról való lemondásról,  
illetve más személy részére történő átruházásról**

Alulírott (név): .....(szül. idő:.....,

anyja neve:.....) aláírással is megerősítve, minden kényszertől mentesen kijelentem az alábbiakat:

Az egészségügyről szóló 1997. évi CIV. törvény 14. §-ában biztosított lehetőséggel élve nyilatkozom, hogy

**1. Nem kívánok részletes felvilágosítást kapni** betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen gyógyulási kilátásaimról, ezért az ezzel kapcsolatos kezelési döntéseket kezelőorvosaimra bízom **elvárva azt, hogy orvosi lelkiismeretük és esküjük, valamint lehetőségeik szerint az orvostudomány mindenkori állásának megfelelően gyógyítsanak.**

Mindezek mellett fenntartom magamnak a jogot a kezelésekből bármelyikének elutasítására, amely esetben az egészségi állapotom alakulásának felelőssége alól kezelőimet felmentem.

**2. Személyesen nem kívánom a tájékoztatási jogosultságot gyakorolni, hanem helyettem:**

Név:....., lakcím:.....,  
szül. dátum: ..... személy teljes körben gyakorolja ezen tájékoztatási jogosultságot.

Név:....., lakcím:.....,  
szül. dátum: ..... személy teljes körben gyakorolja ezen tájékoztatási jogosultságot.

Dátum: .....

.....

kezelőorvos aláírása,  
pecsétje

beteg aláírása