Beleegyező nyilatkozat fogorvosi kezeléshez – Konzerváló Fogászati Klinika

Alulírott kijelentem, hogy az önként vállalt vizsgálat során megkaptam a vizsgálat céljáról, módjáról, betegségemről, és annak kezelési lehetőségeiről az információkat, tájékoztattak az esetleges mellékhatásokról és kockázatokról, és a kezelés elmaradásának kockázatairól is. Volt alkalmam kérdéseket feltenni, és azokra kielégítő válaszokat kaptam.

Tudomásul veszem, hogy a Klinikán a betegellátás elsősorban az oktatás keretében zajlik, a fogászati kezelést egyetemi hallgatók végzik, orvosi felügyelet mellett. A berendelési listán lévő betegek visszahívása ezért nemcsak a jelentkezés idejének, hanem oktatási szempontoknak figyelembevételével is történik. Megértettem, hogy az ellátás ismétlődő, meghatározott időpontokban, gyakorlatok keretében történik, és egy teljes kezelés több gyakorlatot is igénybe vehet. A megbeszélt időpontokban a megjelenést vállalom. A házirend megismerésére és betartására felhívták a figyelmemet. Tudomásul veszem, hogy az ambuláns lapot, azaz az elvégzett kezelések dokumetációját az EESZT rendszerben (Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér) áll módomban megnézni. Tájékoztattak arról, hogy amennyiben kérem, kinyomtatva is rendelkezésemre bocsátják.

Elfogadom a javasolt kezelési tervet, és hozzájárulok az ezzel kapcsolatosan szükséges további vizsgálatokhoz és kezelésekhez. A vizsgálathoz és a fogorvosi kezeléshez adott beleegyezésemet bármikor jogomban áll visszavonni és kijelentem, hogy ez esetben vállalom a felelősséget egészségi állapotom alakulásáért. A beleegyezésem alapos ok nélküli visszavonása kapcsán felmerült indokolt költségeket vállalom.

Tudomásul veszem, hogy a Klinika személyes és egészségügyi adataimat a vonatkozó törvényben meghatározott módon kezeli. A kezelőorvost – annak ezirányú kérdéseire válaszolva – tájékoztattam az összes, betegségemmel összefüggő fontos körülményről (gyógyszerérzékenység, betegségek, szedett gyógyszerek, egyéb előzmények).

Hozzájárulok a rólam készült fotódokumentáció oktatási és tudományos célú felhasználásához, amennyiben azokon nem vagyok felismerhető.

..... vagy .....

beteg aláírása törvényes képviselő olvasható aláírása

TAJ száma:

Nyilatkozat fogorvosi kezelés visszautasításáról – Konzerváló Fogászati Klinika

Kijelentem, hogy a betegségemre javasolt kezelést nem fogadom el annak ellenére, hogy ennek az egészségemre gyakorolt kockázatairól felvilágosítottak, és az emiatt bekövetkező esetleges egészségkárosodásért a felelősséget vállalom. A visszautasító nyilatkozatot bármikor visszavonhatom alaki kötöttségek nélkül.

..... vagy .....

beteg aláírása törvényes képviselő olvasható aláírása

TAJ száma:

....

dátum orvos aláírása, beosztása

P.H.