

ÁLTALÁNOS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Gyermekek kezelése esetén

Beteg neve:.....

Szül.idő:..... TAJ száma:.....

Lakcíme:.....

Gondviselő neve,telefon, e-mail:.....

Kezelés indoka, panasz:.....

Kezelőorvos neve:.....

1. Alulírott kijelentem, hogy gyermekem (gyámságom alatt álló személy) panaszai miatt a betegség megállapítását és gyógyítását igénylem.

2. Részletes és érthető orvosi tájékoztatást kaptam a tervezett beavatkozásról és az ennek során várhatóan szükséges egyéb vizsgálatokról. Esetleges kérdéseimet a kezelőorvos megválaszolta.

3. Gyermequem (gyámságom alatt álló személy) szükséges **gyógykezeléséhez hozzájárulok.**

Vállalom, hogy a fogászati kezelés eredményessége érdekében az orvossal és a szakdolgozókkal együttműködöm.

4. Kijelentem, hogy valamennyi olyan – a birtokomban lévő – fontos információt megosztottam a kezelőorvossal, mely gyermekem (gondozásom alatt álló személy) egészségi állapotára, korábbi és esetleges meglévő betegségeire, gyógyszer érzékenységre, allergiájára, korábbi műtéteire vonatkoznak. Tisztában vagyok azzal, hogy ezen információk alapvetően befolyásolják a tervezett beavatkozás sikerét és az esetleges kockázatok mértékének csökkentését.

Dátum:.....

szülő vagy törvényes képviselő