

MEGBÍZÁSI SZERZŐDÉS

Műtéti beleegyező nyilatkozat a beteg tájékoztatásáról és hozzájárulásának megadásáról, ambuláns műtét vagy műtétnek minősülő beavatkozás esetére.

Amely létrejött egyrészről az **Ars Medica Lézerklinika Kft.** /01-19-168870 cégjegyzékszámon nysilvántartott, 1052 Budapest Petőfi S. u. 3. /egészségügyi vállalkozás, mint **Megbízott**, másrészről

..... /név/

..... /szül. év, hó, nap/

..... /lakcím/, mint **Megbízó**
között az alábbi feltételek szerint:

Megbízó panaszokkal kereste fel

a

Megbízott ambulanciáját /osztályát.

1., Megbízó kijelenti, hogy részletesen elolvasta és megértette jelen szerződés mellékletét képező, a **Megbízott** panaszainak kezelésének megfelelő műtéti típusról az általános írásos tájékoztatót.

2., A Megbízó ezután döntése szerint alávetette magát az orvosi vizsgálatnak.

a, Megbízó tudomásul veszi, hogy a vizsgálat során az orvossal **együtt kell működnie**. Ennek érdekében aktuális panaszain túl a vizsgálatot végző orvost tájékoztatnia kell az általa ismert megelőző, vagy fennálló betegségeiről, azok kezelési módjáról, /pl. szed-e valamilyen gyógyszer rendszeresen, vagy alkalmilag/allergiáról, gyógyszerérzékenységről és minden olyan körülményről, amelynek ismerete gyógyulását befolyásolhatja.

b., Megbízó kijelenti, hogy a vizsgálatot követően részletes felvilágosítást kapott betegségéről, a javasolt műtéti típusról, az érzéstelenítés módjáról, a műtét eszközéről, módszeréről, időtartamáról, a gyógyulás várható időtartamáról, a műtét esetleges korai és késői szövődményeiről, arról, hogy mi a teendő ha valamely szövődmény fellép, valamint az otthon végzendő utókezelés szabályairól.

3., Megbízott abban az esetben, ha a műtét azonnal nem végezhető el, tájékoztatja a beteget, hogy milyen előzetes vizsgálatra van szükség, valamint, hogy azokat hol és mikor végeztetheti el.

4., Megbízó tudomásul veszi, hogy az Ars Medica Lézerklinika Kft. által alkalmazott néhány műtéti eljárás ma még nem elterjedt, mind a végzett műtét, mind a gyógyulási szakasz speciális, ezért bármely a műtéttel összefüggésben előforduló panasz, szövődmény esetén elsősorban **Megbízotthoz** kell fordulnia – erre a **hét minden napján, éjjel-nappal lehetősége van**. Amennyiben a kapcsolatfelvétel bármely oknál fogva akadályoztatott, csak a

lézersebészetben, illetőleg az egynapos sebészetben jártas orvos tudja a fellépő szövődményt megfelelő módon kezelni, ellenkező esetben előfordulhat, hogy nem a megfelelő terápiában részesítik. Ez adott esetben a gyógyulást hátráltathatja, esetleg olyan késői szövődmény kialakulásához vezethet, amiért ebben az esetben **Megbízott felelősséget vállalni nem tud.**

5., Megbízó tudomásul veszi, hogy a speciális műtéti eljárás miatt be kell tartani az orvos által előírt otthoni utókezelési utasításokat. A **kontrollvizsgálatokon meg kell jelenni** az előírt időpontokban, mert ezek elmulasztása az Ars Medica Lézerklinika Kft. felelősségét kizárja az esetleges szövődményekért. **Kérjük a megbeszélt kontroll időpont betartását! Ha a kontrollvizsgálatra bármely okból a zárójelentésen lévő időponttól eltérő időpontban jelenik meg, a kontrollvizsgálat díjköteles. Kérjük, hogy a zárójelentést mindig hozza magával a kontrollvizsgálatra! Mivel a kontrollvizsgálat dokumentálásához a zárójelentés szükséges, ennek pótlása (újbóli kinyomtatása) díjköteles.**

Megbízott vállalja, hogy amennyiben az általa végzett beavatkozást követően a beavatkozással kapcsolatban **Megbízónak** bármilyen problémája lépne fel, amely sürgős ellátást igényel, a rendelési időn túl is a **Megbízó** rendelkezésére áll.

a., Megbízó tudomásul veszi, hogy bármely műtétnek – eszközére való tekintet nélkül – szövődménye lehet a műtéti heg megvastagodása, elődomborodása, az úgynevezett keloid, vagy hegdaganat. Ennek oka öröklött, veleszületett sebgyógyulási hajlam, ezért az ezzel kapcsolatos esztétikai problémákért **Megbízott** felelősséget nem vállal.

6., Megbízó a mai napon megbízást ad **Megbízott** részére
beavatkozás végzésére.

	Hozzájárulok	Nem járulok hozzá
A tervezett beavatkozás, ill. műtét elvégzéséhez
A helyi érzéstelenítés elvégzéséhez
Az érzéstelenítéssel kombinált altatás elvégzéséhez

A fenti megállapodást a felek elolvasták, megértették és mint akaratukkal megegyezőt aláírták.

.....

.....

Megbízó aláírása

Megbízott aláírása