

MEGBÍZÁSI SZERZŐDÉS

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

Amely létrejött egyrészről az **Ars Medica Lézerklinika Kft.** /01-19-168870 cégjegyzékszámom nyilvántartott, 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 szakrendelőjét

1., Megbízó kijelenti, hogy részletesen elolvasta és megértette jelen szerződés mellékletét képező, a **Megbízott** panaszainak kezelésének megfelelő műtéti típusról szóló 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 gyógyszert 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., Megbízó nyilatkozik arról, miszerint lakásán, illetve tartózkodási helyén a higiénés körülmények megfelelőek és ott részére a műtétet követő 48 óraban a felügyelet biztosított.

Nyilatkozik továbbá arról is, hogy a műtétet követő 48 óraban olyan helyen tartózkodik, ahonnan az Ars Medica Lézerklinika személygépkocsival (mentővel) – átlagos forgalmat figyelembe véve – 30 perc alatt elérhető, és szükség esetén a megfelelő egészségügyi ellátáshoz jutás lehetősége számomra gépkocsival biztosított.

Tudomásul veszem az orvos tájékoztatását arról, hogy a műtétet követően esetlegesen fellépő szövődmény ellátására a Klinikával szerződéses viszonyban álló **Fővárosi Önkormányzat Péterfy S. utcai Kórház – Rendelőintézet és Baleseti Központ** (1076 Budapest, VII. ker. Péterfy S. utca 8-20.) kerül sor.

4., Megbízó tudomásul veszi, hogy az Ars Medica Lézerklinika Kft. által alkalmazott néhány műtéti eljárás ma még nem elterjedt, 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 részesül. 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 szövődmények kialakulása esetén. Kérjük az egyeztetett időpont betartását! Ha a kontrollvizsgálatra bármely okból eltérő időpontban jelenik meg, a kontrollvizsgálat díjköteles. **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** bárminemű 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

.....

Tanú I.

.....

Tanú II.

Budapest,