

# MEGBÍZÁSI SZERZŐDÉS

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

..... /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 írásbeli tájékoztatót az ambuláns és az „egynapos sebészet”-i ellátás szabályairól. A **Megbízott** panaszainak kezelésére megfelelő műtéti típusról az általános írásos tájékoztatás megtörtént.

**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** hozzájárul ahhoz, hogy szükség esetén az orvos műtét közben az érzéstelenítés módján, vagy a műtéti eszközön külön hozzájárulás nélkül változtathasson, a Szakmai Kollégium által kiadott iránymutatások keretén belül.

**4., 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.

**5., 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**.

**6., 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 megbeszélte 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 (újbolí 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 műtétnél – eszközére való tekintet nélkül – szövődménye lehet a műtéti heg megvastagodása, elődomborodása, az úgynevezett keloid, vagy hegdaganat. Ennek oka öröklött, veleszületett hajlam, ezért az ezzel kapcsolatos esztétikai problémákért **Megbízott** felelősséget nem vállal.

**7., 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