Beleegyező nyilatkozat

Személyes adatok	
Név:	Lakcím:
Telefonszám	E-mail cím :

Alulírott kijelentem, hogy

- a Bernátné Frai Ida E.V. / BFI Harmony (későbbiekben Szolgáltató) szolgáltatását szabad akaratomból veszem igénybe.
- kiskorú gyermekemet..... (név,lakcím) hoztam kezelésre és szülőként szabad akaratomból döntöttem a részvételről.

Kijelentem továbbá, hogy a Szolgáltató elől

- egészségügyi állapotomat tekintve nem titkoltam el semmit; tájékoztattam meglévő betegségeimről, mindenfajta műtéti beavatkozásról, amiken átestem és a gyógyszerekről, melyeket állandó jelleggel vagy aktuálisan szedek.
- kiskorú gyermekemnek..... (név,lakcím) egészségügyi állapotát tekintve nem titkoltam el semmit; tájékoztattam meglévő betegségeiről, mindenfajta műtéti beavatkozásról, amiken átesett és a gyógyszerekről melyeket állandó jelleggel vagy aktuálisan szed.

- A Szolgáltató az állapotfelmérés során tájékoztatott engem a tervezett kezelésről, céljáról és természetéről, annak előnyeiről, korlátairól, ellenjavallatairól, a várható eredményekről, a felmerülő kockázatokról, illetve a lehetséges következményekről, mellékhatásokról.
- A részletes szóbeli és írásbeli tájékoztatást gondosan meghallgattam, áttanulmányoztam, és megértettem. Megismertem a kezeléssel kapcsolatos kockázat fogalmát. Elfogadom, hogy a Szolgáltató által nyújtott szolgáltatás nem minősül orvosi beavatkozásnak, azt a közérzetem javító tevékenységének minősítem.
- Azzal a tudattal vetem alá magam a kezelésnek, hogy annak eredményességében én vagyok a leglényegesebb tényező. Tudom, hogy a kezelésnek a legnagyobb gondosság mellett is

lehetnek nem kívánatos következményei. Komplikációk léphetnek fel a kezelés során és az veszélyekkel is járhat.

- Megértettem, hogy a kezelés során a Szolgáltató esetleg olyan beavatkozásra is kényszerül, amelyet előre nem jelzett, de mielőtt ehhez hozzáfog, szóban tájékoztat, és beleegyezésemet kéri.
- A kezelés lényeges tulajdonságainak ismeretében vetem alá magam a kezelésnek. A fenti kockázatokat megértettem, tudomásul veszem és vállalom.
- Kötelezettséget vállalok arra, hogy
  - az általam igényelt kezelés díját meghaladó összegű kártérítési igényt nem érvényesítek;
  - kártérítési igénnyel nem élek, amennyiben az egészségi állapotfelmérőben nem valós információkat közöltem;

  kivéve, ha velem szemben elkövetett szándékos károkozás valósulna meg. Tudom, és vállalom, hogy ennek bizonyítása minden vitás esetben engem terhel.
- Hozzájárulok személyes és egészségügyi adataim megismeréséhez és tárolásához. Tudomásul veszem, hogy a kezelés alatt készített feljegyzések bizalmasak, az adatokat a Szolgáltató nem oszthatja meg harmadik féllel az írásos beleegyezésem nélkül. (Ez alól kivételt képeznek a törvényi szabályozásban rögzített esetek.)

Ezen nyilatkozatomat belátási képességem teljes tudatában, szabad akaratomból tettem és elolvasás után, mint akaratommal mindenben megegyezőt, jóváhagyólag, saját kezűleg írtam alá.

Kelt: Szekszárd, 20…év ..... hó ..... nap

_____

vendég aláírása