

NYILATKOZAT

1. Nyilatkozom, hogy a CMF Medical Hungary Korlátolt Felelősségű Társaság által nyújtott egészségügyi szolgáltatást – a CMF Medical Hungary Korlátolt Felelősségű Társaság Általános szerződési feltételeiben (Továbbiakban: ÁSZF) foglalt rendelkezéseknek megfelelően igénybe kívánom venni. Nyilatkozom továbbá, hogy az ÁSZF rendelkezéseit megismertem és azt magamra nézve kötelezőnek ismerem el. Nyilatkozom, hogy az ÁSZF V. pontjának 6. bekezdését (kártérítési felelősség korlátozása) egyedileg megtárgyalt szerződési feltételnek fogadom el, arról külön tájékoztatást kaptam.

2. Tudomásul veszem, hogy a CMF Medical Hungary Korlátolt Felelősségű Társaság, az elvégzett egészségügyi szolgáltatások után, az aktuális díjtáblázatában, illetve az előkalkulációs lapban – az általam választott Szolgáltatás után díjazás illeti meg. Kijelentem, hogy a CMF Medical Hungary Korlátolt Felelősségű Társaság díjtáblázatát, illetve az előkalkulációs lapon szereplő összeget megismertem és elfogadtam, ezek ismeretében választottam a Szolgáltatást, annak megtérítését vállalom. Amennyiben az előzetesen közzétett és/vagy kalkulált díj összege, csomagár alkalmazása esetében is – a vizsgálatok/beavatkozások során vagy azokat követően, illetve azokkal összefüggésben felmerülő, a jelen szerződés megkötésekor előre nem látható körülmények, illetve szövődmények ellátásának költségeivel módosul, annak megtérítését is vállalom. A CMF Medical Hungary Korlátolt Felelősségű Társaság alkalmazottai tájékoztattak, hogy amennyiben az általam választott Szolgáltatást – egészségügyi okok, indokok miatt nem áll módomban igénybe venni, illetve azt az egészségügyi szolgáltató nem tudja teljesíteni, úgy kizárólag az addig felmerült költségeket kell megfizetnem.

3. Tudomásul veszem és elfogadom, hogy a teljes betegdokumentáció részét képezi a jelen nyilatkozat, illetve az annak mellékletét képező leírás a kórismereiről, a tervezett vizsgálatok és beavatkozások tételes leírásáról és azok általános jellemzőiről, valamint a beavatkozás természetéből adódó, esetlegesen bekövetkező szövődmények leírásáról (a továbbiakban Betegtájékoztató Nyilatkozat), amelyet a Szolgáltatás alkalmával kapok kézhez. Ez a dokumentum tartalmazza a kórismertetet, amely az elvégzendő vizsgálatok során módosulhat, így – a kezelőorvossal egyeztetve, a beteg hozzájárulásával – maga után vonhatja további vizsgálatok és/vagy beavatkozások elvégzését. Ezen változásokról a kezelőorvos tájékoztatását – önrendelkezési jogom gyakorlása mellett – elfogadom. Tudomásul veszem továbbá, hogy a szakszerű egészségügyi ellátás ellenére előfordulhatnak az elvégzett beavatkozás(ok) során vagy azt követően bekövetkezett, a beavatkozás természetéből adódó általános, valamint a beavatkozás természetével összefüggésbe nem hozható, a legnagyobb gondosság tanúsítása mellett is semmilyen módon el nem hárítható szövődmények.

4. Tudomásul veszem, hogy bármely vizsgálat, beavatkozás elvégzésének feltétele, hogy a Beteg a beavatkozáshoz beleegyezését adja, joga van továbbá arra, hogy – a törvényben meghatározott esetek kivételével – az ellátást visszautasítsa.

5. Kijelentem, hogy a betegjogokból fakadó valamennyi tájékoztatást megkaptam a CMF Medical Hungary Korlátolt Felelősségű Társaság házirendjét megismertem és annak tartalmát magamra nézve kötelezőnek fogadom el.