

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

/kórházi felvételbe, vizsgálatba, beavatkozásokba/

Név:	Törzsszám:
Születési hely, idő:	TAJ:
Anyja neve:	Felvéve:
Lakcím:	

Alulírott a jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy a kórházi felvételbe beleegyezem, továbbá tanúsítom, hogy engem **Dr.** szóban és/vagy azonosító számú Betegtájékoztató átadásával* kellő mértékben tájékoztatott az alábbiakról:

1. Valószínűsíthető betegségről, mely kórisme szerint (magyarul):
2. A javasolt gyógymódról és a tervezett vizsgálatokról, beavatkozásokról, amelyek a kórházi ellátás során fognak megvalósulni:

.....
annak kockázatairól és következményeiről:
és a helyette alkalmazható gyógymódokról, mint:

valamint a beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és más szóbajövő kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait is.

3. A javasolt gyógymód folyamatáról, várható kimeneteléről, a beavatkozás kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam. Kellő idő és információ állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak az alábbi előre nem látható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják (a beteg aláírása előtt az orvos tölti ki):

4. Amennyiben a műtéthez érzéstelenítésre, altatásra van szüksége, annak biztosítása a Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet feladata.

Tájékoztattuk arról, hogy kórházunkban alkalmazotti jogviszonyban dolgozó munkatársak mellett a kórházzal közreműködői illetve megbízási szerződésben álló orvosok és szakdolgozók is tevékenykednek. Így az Ön gyógykezelése kapcsán (műtétek-, diagnosztikai és terápiás beavatkozások) Önt a kórházunkkal közreműködői illetve megbízási jogviszonyban lévő munkatárs is elláthatja. Ezt a tényt az Önre vonatkozó egészségügyi dokumentációk tartalmazzák. Amennyiben ezzel kapcsolatos felvilágosítást kér, úgy ezt a kezelőorvosa vagy osztályos orvosa megadja.

a.) Az Ön érzéstelenítését, illetve altatását a kórházzal közreműködői ill. megbízási jogviszonyban lévőBT., Kft., Kht., egyéni vállalkozó, ezen belül is Dr. fogja elvégezni.

b.) Az Ön érzéstelenítését, illetve altatását a Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet Központi Anaesthesiológiai és Intenzív Betegellátó Osztályának orvosa és szakdolgozója fogja elvégezni.

*Beleegyezem abba, hogy a vizsgálatok, vagy ellátásom során orvosaimon és ápolóimon kívül **más egészségügyi szakemberek is** (más szakterület orvosai, szakorvosjelöltek, orvostanhallgatók, tanuló nővérek) **jelen legyenek** és abba is, hogy dokumentációs vagy oktatási célból állapotomról, a velem kapcsolatos tevékenységről felvételek készüljenek, ha azokon személyem nem azonosítható.

* Hozzájárulok továbbá adataim egészségügyi célú továbbításához, kezeléséhez.

*Felhatalmazom a kezelést végző orvost (orvoscsoporthoz) és asszisztenciáját arra, hogy a gyógyeljárás során felmerülő, előre nem látott szükség esetén a beavatkozást a kellő mértékben kiterjesszék és megtegyenek minden, a gyógyeredmény javítását célzó intézkedést, beleértve addig nem tervezett gyógyszer adását, érzéstelenítés alkalmazását, **más osztályra történő áthelyezést is.**

5. Tudomásul veszem, hogy amennyiben egy kezelés során további invazív beavatkozás elvégzése válik szükségessé, amely előre nem volt látható, az erre irányuló beleegyezés hiányában a beavatkozás csak akkor végezhető el, ha

a) azt sürgős szükség (pl. közvetlen életveszély) fennállása indokolja, vagy

b) ennek elmaradása a beteg számára aránytalanul súlyos terhet jelentene.

A *-gal jelölt szövegrészek közül a nem megfelelőeket a nyilatkozónak át kell húznia!

1-N-1/383/1-07

A beteg jogosult – külön kérésre – a nyilatkozatból másolatot kapni.

Munkahely:

6. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének, vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

Ez alól kivételt képeznek a fertőző betegek, illetve a fertőző betegségre gyanús személyek, mivel tőlük nem kell hozzájárulás, sőt kötelesek is kezeltetni magukat, és ennek elmulasztása esetén akár kényszerintézkedés alkalmazására is sor kerülhet.

*A kezelésbe (műtétbe, vizsgálatba, beavatkozásba) való beleegyezésem a tájékoztatás megértése alapján minden kényszersztól mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam jelen nyilatkozat szerinti gyógyító tevékenységet elvégezzék.

* Nem egyezem bele az alábbi kezelés/beavatkozás elvégzésébe, vagy más osztályra történő áthelyezésbe:

.....

7. Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról

részletes felvilágosítást kérek

nem kívánok részletes felvilágosítást kapni,
ezért a döntéseket kezelőorvosaimra bízom.

(A megfelelő választ kérjük aláhúzni)

8. Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

(Hozzá tartozó nyilatkozattételére ebben a tárgykörben nincs mód.)

a.) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:

b.) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:

c.) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről kérésükre se tájékoztassák:

9. Tudomásom van arról, hogy a kórház a betegbiztonság, a vagyonvédelem érdekében kamerás megfigyelőrendszert működtet a kórház területén. Tájékoztatást kaptam arról, hogy a kihelyezett kamerák listája a kórház valamennyi betegellátó osztályán kifüggesztésre kerültek, így módon mindenki részéről megismerhető, hozzáférhető. Tájékoztattak arról is, hogy a kórház a kamera megfigyelőrendszer működtetésének tényét az illetékes hatóság (NAIH) felé bejelentette. Fentiek ismeretében hozzájárulok ahhoz, hogy személyes adataimat a kórház képfelvétel útján is kezelje.

10. Tudomásul veszem, hogy a betegek azonosítása karszalag csuklóra rögzítésével történik.

a karszalagon szerepelhet a nevem

a karszalagon nem szerepelhet a nevem

(A megfelelő választ kérjük aláhúzni)

Eger, 20.....

.....
a tájékoztatást végző orvos aláírása

.....
beteg aláírása

.....
vagy a törvényes képviselő aláírása (1)

Törv. képvis. neve:

Születési ideje:

Születési helye:

Lakcíme:

- (1) cselekvőképesség, vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett CSAK a törvényes képviselő írhatja alá!

* Döntőképes (cselekvőképes), de írásképtelen beteg fenti közlésének tanúi:

* Cselekvőképtelen állapot vagy korlátozott cselekvőképesség esetén történő beleegyezés vélelmezésének tanúi:

.....

.....

(1) Tanú aláírása

(2) Tanú aláírása

(1) Tanú neve:

(2) Tanú neve:

Születési dátum:

Születési dátum:

Lakcím:

Lakcím: