

Általános beleegyező nyilatkozat

Alulírott.....(név).....(szül.idő.)
kijelentem és aláírással megerősítem, hogy a.....

.....
betegségem (dg.: magyarul) miatt szükségessé váló kórházi kezelésbe, kezelésemhez szükséges injekciók beadásába (magyarul: bőr hámrétegei közé, a bőr alá, az izomba, a gyűjtőörbe, helyi érzéstelenítés, fájdalomcsillapítás), nem szájon át történő folyadék bevitelbe (infúzió) beleegyezek.

Kezelőorvosom: Dr.....személyes megbeszélés alkalmával részletesen és személyre szabottan tájékoztattott

- egészségi állapotomról, beleértve annak orvosi megítélését is,
- a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról, azok elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről, kockázatairól,
 - a vizsgálatok tervezett időpontjáról,
 - döntési jogomról, a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében,
 - a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről,
- az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről,
- a további ellátásokról,
- a javasolt életmódról.

A folyamatos tájékoztatást megkövetelhetem. **Jelen beleegyező nyilatkozathoz tartozó szóbeli és írásbeli tájékoztatást megértettem és tudomásul vettem.** A magyarázatokat megértettem, az ezzel kapcsolatos kérdéseimre megfelelő válaszokat kaptam és kellő idő állt rendelkezésemre, hogy szabadon eldöntsem, melyik vizsgálatot/beavatkozást válasszam. Tudomásom van róla, hogy az ellátás bármelyik fázisában, további kérdéseket feltehetek és lehetőségem van beleegyezésem visszavonására. Tájékoztattak, hogy az invazív* beavatkozások esetén a kezelőorvos tájékoztatását követően, külön beleegyező nyilatkozaton kéri hozzájárulásomat.

Az engem betegként megillető **Betegjogokról** tájékoztattak. Az **Intézeti házirendet megismertem, azt betartom.** Hozzájárulok, hogy a kórházon belül egészségügyi és személyi adataimat a gyógyításom érdekében kezeljék, egyben tudomásul veszem, hogy az ellátásomban résztvevő dolgozók az orvosi titkot megtartják. Tudomásul veszem, hogy az egészségügyi ellátás során az **egészségügyi oktatási intézmény hallgatói** az ellátásomban részt vehetnek, az ellátásom során jelen lehetnek:

ebbe beleegyezem**

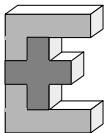
nem egyezem bele**

Tájékoztatót kaptam arról, hogy az egészségügyi ellátásom során keletkezett **egészségügyi dokumentációmba betekinthelek**, valamint azokról kivonatot, vagy másolatot készíthetek, vagy saját költségemen **másolatot kaphatok.**

Tudomásul vettem, hogy megjelölhetem azt a személyt, vagy személyeket, akik állapotomról, kezelésemről tájékoztatást kaphatnak, valamint azokat is akik nem kaphatnak.

- az általam megnevezetteket, akik teljes körű információt kaphatnak a gyógykezelésem tényéről, az azzal kapcsolatos egyéb információkról és egészségügyi állapotomról:
.....
- az alábbiakban megnevezetteket nem tájékoztatathatják:

A **szükséges tájékoztatást megadtam** minden általam ismert korábbi betegségeimről, gyógykezeléseimről, gyógyszer, vagy gyógyhatású készítmény szedéséről, egészséget károsító kockázati tényezőkről. Tudomásom van arról, hogy e tájékoztatás elmaradása, vagy annak hiányossága esetén veszélyeztettem saját magam, betegtársaim, illetve az ellátásomban közreműködők egészségét. **Felvilágosítást kaptam az ellátás visszautasításának lehetőségeiről.** Tudomásul veszem, hogy nem utasíthatom vissza ellátásomat, ha azzal mások testi épségét veszélyeztettem. Tudomásul veszem, hogy **az ellátás elmaradása egészségi állapotomban várhatóan súlyos, vagy maradandó egészségkárosodással**



Sátoraljaújhelyi Erzsébet Kórház

fenyeget, úgy az ellátást csak közokiratban, vagy teljes bizonyító erejű magán okiratban* utasíthatom vissza.** Amennyiben a gyógyintézetet bejelentés nélkül hagyom el, azt a kezelőorvosom az egészségügyi dokumentációban feltünteti. Az egészségügyi intézetből történő elbocsátásról, annak menetéről lehetőség szerint 24 óraban megelőzően tájékoztatnak.

Az intézetben MSZ EN ISO 9001:2009. és a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok szerinti Minőségirányítási rendszer működik, melynek értelmében a betegeknek lehetőségük van a szabad véleménynyilvánításra. A **Betegelégedettségi felmérőlap** kitöltéséhez vagy esetleges reklamációhoz a nővérektől kérhetek információt vagy segítséget. Felhívjuk figyelmét, hogy az 1999. évi XLII. Törvény értelmében intézményünk épületeiben **dohányozni tilos**. Kérjük, Ön se gyújtson rá! A kórház létesítményén belül az Eütv. 188. § a) pontja szerinti **a pszichiátriai betegek számára engedhető meg a dohányzás**, a "Dohányzásra kijelölt hely pszichiátriai betegek részére" felirattal és piktogrammal ellátott helyen az akut és a pszichiátriai rehabilitációs osztályon.

Tudomásul veszem, hogy kórházi benntartózkodásom alatt **más egészségügyi intézményben** saját magamtól, illetve korábbi háziorvosi beutalóval semmilyen **ellátást nem vehetek igénybe**, amennyiben igénybe veszem a kórház finanszírozási bevételekiesését köteles vagyon megtéríteni.****

Tudomásul veszem, hogy saját érdekeimben a **betegazonosító karszalag** viselése kötelező.

Sátoraljaújhely,év.....hó.....nap

.....
kezelőorvos

.....
ellátást igénybevevő (szülő/törvényes képviselő)

Záradék:

Amennyiben a nyilatkozatok megtételére olyan személy jogosult, aki nem a szülő vagy e személy törvényes képviselője, úgy csak ezen fél aláírása szükséges, azonban az erre feljogosító közokiratot, vagy teljes bizonyító erejű magánokiratot a jelen nyilatkozathoz csatolni kell.

A beteg pszichés és tudatállapota, valamint hozzátartozó nélküli megjelenése nem teszi lehetővé a tájékozott beleegyezés elnyerését.

Sátoraljaújhely, év hónap.
felvevő orvos

* invazív beavatkozás: a beteg testébe bőrön, nyálkahártyán vagy testnyíláson keresztül behatoló fizikai beavatkozás, ide nem értve a beteg számára szakmai szempontból elhanyagolható kockázatot jelentő beavatkozásokat.

** aláhúzással kérjük jelölni

*** OBDK magánokirat: a Polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény 195-196 §-aiban leírt okiratok, így például esetünkben teljes bizonyító erejű magánokirat lehet: a.) saját kezűleg írt és aláírt, b.) két tanú által aláírt, c.) bíróság, közjegyző vagy ügyvéd által hitelesített okirat. Közokirat itt: a bíróság vagy közjegyző által kiállított okirat.

**** valamennyi betegre, de különös tekintettel a Csecsemő-gyermekgyógyászati, illetve más osztályon kísérőként benntartózkodó, valamint a nappali ellátásban részesülő betegekre vonatkozik.