

ÁLTALÁNOS TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott.....(név)
.....(szül. idő), Édesanyja neve :
nyilatkozom, hogy a kórházi befekvésbe gyógykezelésem érdekében beleegyezem.

Tudomásul veszem, hogy a **javasolt vizsgálatokról, gyógymódról, azok kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és elmaradásának várható következményeiről** kezelőorvosom tájékoztatott, szóban feltett kérdéseimre megfelelő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék arról, milyen kezelést szeretnék. Kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

A kezelő orvosom által javasolt, gyógyuláshoz elősegítő kockázattal nem járó, vagy csak minimális kockázattal járó vizsgálati eljárások (pl. fizikális vizsgálat, vérvétel, EKG, ultrahang vizsgálat, hagyományos röntgen vizsgálatok, légzésfunkció) **elvégzéséhez hozzájárulok.**

Jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének vagy mindegyikének **elutasítására**. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás kapcsán bekövetkező egészségkárosodásért a kórház felelősség nem terheli. Jogom van Betegjogi képviselőhöz, illetve a kórház Etikai Bizottságához fordulni panaszos ügyeimmel kapcsolatban.

Tudomásul veszem, hogy **élelmiszert, gyógyszert**, csak saját felelősségemre hozhatok az intézetbe, és azok kezeléséért én vagyok a felelős. Mivel a gyógyszer szedése befolyásolhatja a diagnózis felállítását és gyógyulásom kimenetelét, otthonról hozott gyógyszert csak a kezelőorvosom engedélyével szedhetek.

Tudomásul veszem és aláírással igazolom, hogy a kórház területén **dohányozni szigorúan tilos**, kivéve a dohányzásra külön kijelölt helyet!

Az intézet **Házirendjét** megismertem, magamra nézve kötelezően betartom.

Tudomásul veszem, hogy **értéktárgyaimért** csak a kórházban szokásos eljárás igénybevételével vállalnak felelősséget. Az intézetből való váratlan távozásom után **értékeim tárolásáért** 2 héti vállalnak felelősséget.

Biztonságom érdekében hozzájárulok **betegazonosító karszalag** felhelyezéséhez. Amennyiben ezt elutasítom, azt jelzem az egészségügyi személyzet felé, akik ezt az ápolási dokumentációban rögzítik.

Vállalom, hogy kezelésem során az egészségügyi szakképzésben résztvevő hallgatók és orvostanhallgatók oktatásához segítséget nyújtok.

A gyógyítás érdekében személyes **adataimat** a kórházban rögzítik, és a szükséges mértékben, az adatvédelmi szabályok betartásával kezelik. Az egészségügyi dolgozók az adatokat **orvosi titokként**, bizalmasan kezelik. A kezelésben résztvevő orvos(ok)nak lehetősége van betegségem előzményével kapcsolatos adatok megismerésére. Tudomásul veszem, hogy jogomban áll adataim megtekintését megtiltani és erről írásban kell rendelkeznem.

Tudomásul veszem, hogy távozásom előtt utazási költségtérítési igényemet (ELUKER) a kezelőorvosom felé jelezni szükséges, és távozásomkor ezen igazolás meglétével tudom utazási költségtérítési igényemet érvényesíteni. Tudomásul veszem, hogy az utazási költségtérítés iránti **igényének jelzése, nem egyenlő a kérelem benyújtásával.**

Kérjük válaszoljon az alábbi kérdésekre:Utazási költségtérítést igényel? igen ☐ nem ☐

Amennyiben utazási költségtérítést igényel, kérjük válaszoljon az alábbi kérdésekre is:

Kísérővel érkezett? igen ☐ nem ☐Tömegközlekedéssel utazott? igen ☐ nem ☐Autóval utazott? igen ☐ nem ☐

Tudomásul veszem, hogy a fekvőbeteg osztályon történő akut ellátás, kivizsgálás, tervezhető gyógykezelés az állapotom stabilizálásig tart. Amennyiben állapotom további, kizárólag kórházi fekvőbetegként megvalósítható ellátást nem igényel, kezelőorvosom megvizsgálja, hogy azonnali légzésrehabilitációtól várható-e eredmény, vagy a rehabilitáció szakmai indokoltsága fennáll-e. Ennek megfelelően az intézet légzésrehabilitációs osztályára helyeznek át, vagy **otthonomba bocsájtanak**, ugyanis aktív osztályokon további ellátásra, ápolásra nincs sem szakmai, sem jogszabályi lehetőség. Az osztály részéről a kivizsgálásra előjegyzett, vagy akut ellátásra szoruló beteg ellátáshoz elő kell készíteni a helyet (ágyat), ezért tudomásul veszem, hogy a zárójelentésem átvételét követően (10 óráig), segítséggel (hozzátartozómmal) vagy önállóan el kell hagynom az intézetet.

A gyógykezelésem során előfordulhat, hogy más betegek is jelen vannak (pl. a kórteremben, vizit kapcsán) a vizsgálatom során. Amennyiben ez engem zavar, kérhetem, hogy más beteg jelenlétében ne essen szó állapotomról.

Beleegyezem / Nem egyezem bele (a megfelelő aláhúzendő), hogy a kezelőorvos által javasolt vizsgálattal, beavatkozással összefüggésben nyert bármely diagnosztikai, gyógykezelési céllal eltávolított sejtalkotórészt, szövetet, illetve vizsgálati eredményt a vizsgálat után az intézet anonim módon megőrizze és felhasználásával - a megfelelő etikai engedély birtokában - betegségem lefolyását tanulmányozva, tudományos igényű feldolgozást, orvostudományi kutatást végezzen. A vizsgálat során nyert információkat kizárólag a személyes adataim nélkül, anonim módon, statisztikai összefüggésekben értékeli. A diagnosztikai célra vett szövetmintából csak akkor használnak fel anyagot vizsgálati célra, ha a diagnosztikai feldolgozása után a minta egy része feleslegessé vált.

Hozzártartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

a.,

nevű hozzátartozómat a betegségemről **teljeskörűen** tájékoztassák.

b.,

nevű hozzátartozómat betegségemről **az általam megjelölt korlátozásokkal**, úgyminttájékoztassák.

c.,

nevű hozzátartozómat betegségemről **kérésére se** tájékoztassák.

☐ Az adatkezelési tájékoztatót megismertem, az abban foglaltakat megértettem, a személyes és különleges adataim kezeléséhez hozzájárulásomat adom. (Amennyiben igen, kérjük x-elni!)

Törökbálint, 20.....

.....

A kezelőorvos aláírása

.....

A beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

Törvényes képviselő aláírása esetén :

A törvényes képviselő neve:

Lakcíme:

Telefonszáma: