

ÁLTALÁNOS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT (SBO)

Alulírott **#!NEV**; szül.: **#!BSZULHELY**; , **#!SZULIDO**; heveny egészségügyi probléma miatt veszem igénybe a Sürgősségi Betegellátó Osztály segítségét. Tudatában vagyok, hogy a kórisme meghatározása, a megfelelő kezelés, illetve az egészségi állapotom helyreállítása érdekében az egészségügyi személyzetnek pontos információkra van szüksége jelenlegi panaszaimról, korábbi betegségeimről, ezek gyógyszeres kezeléséről, továbbá különböző alapvizsgálatokat, beavatkozásokat kell végeznie.

1. BETEGELLÁTÁS

Vizsg.	● Orvosi vizsgálat.	Esetleges szövődmények
	● Laboratóriumi vizsgálat , mikrobiológiai vizsgálat vérből/vizeletből különböző testtájékokról, váladékokból	
	● EKG,tükrözéses vizsgálatok (Endoscopy,)	
	● Képalkotó vizsgálatok ,(UH, RTG, CT, MRI)	
Beav.	● Légzést támogató beavatkozások (oxigén adása maszkon, különböző tubusokon keresztül, gépi lélegeztetés)	Ér-, ideg-, nyálkahártyák sérülése, vérzés, fertőzés, allergiás reakció, extrém esetben keringésmegállás léphet fel.
	● Vénabiztosítás , gyógyszerek, infúziók adása, vénán keresztül,	
	● Artériabiztosítás , vérnyomás direkt monitorozása.	
	● Gyomormosás , gyomorszonda levezetése, hashajtás.	
	● Hólyagcsapolás , állandó katéter behelyezése.	
● Sebellátás , kimetszés seb zárása.		

A fenti vizsgálatok, beavatkozások csak szükség esetén kerülnek elvégzésre, melyeket a szakszemélyzet szakszerűen, kellő körültekintéssel, az esetleges szövődmények elhárítására felkészülten végez. A fentieket meghaladó **invazív** beavatkozások külön tájékoztató és beleegyző nyilatkozat aláírása után történnek. Életveszély esetén alternatív megoldás nincs.

2. ADATVÉDELEM

	IGEN	NEM
Az érdeklődőknek a bent fekvésem tényét az ápoló osztály nevét megadhatják		
Legközelebbi hozzátartozó:		
Neve:	*1.Telefonszám:	
Címe:	*2.Telefonszám:	

***Legalább 1 olyan telefonszámot kérünk megadni, melyen a hozzátartozó éjjel-nappal elérhető**

Beleegyzem, hogy a beavatkozás menetéről, oktatás céljából fénykép, vagy videofelvételek készüljenek azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhetővé.

A fentieket megértettem, kérdéseimre kielégítő választ kaptam, így vizsgálatomba, elsődleges ellátásomba beleegyzem.

Kivéve: _____

3. EGYÉB

Tudomásul veszem, hogy a tulajdonomat képező értékeim, gyógyászati segédeszközök – mankó, műfogsor, szemüveg, valamint egyéb személyes holmim (pl. irataim) a kórházi tartózkodásom alatt is őrizetemben marad, ezek elvesztéséért, eltűnéséért a kórház felelősséget nem vállal amennyiben azok megőrzését nem kérem.

Értéktárgy megőrzésre lehetőséget biztosítunk, (lásd: „ME 07-03 A beteg tulajdonának kezelése” minőségirányítási eljárás) amennyiben azt igényli (jelölje x-szel):

igénybe veszem nem igénylem

4. Kijelentem, hogy az 1997. évi XLVII. Eü.ak. törvény orvosi adatkezelésére vonatkozó szabályzatáról a tájékoztatást megkaptam és a gyógykezelésemhez szükséges adataim kezeléséhez hozzájárulok.

Sopron, **#!AKTDATUM**;

.....
#!KEZORVPROP(1);
Tájékoztató orvos aláírása

.....
Beteg/törvényes képviselő/meghatalmazott aláírása