

ÁLTALÁNOS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT (SBO)

Alulírott **#INEV**; szül.: **#IBSZULHELY**; , **#ISZULIDO**; 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 (Endoscopia,)	
	● 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.

Beleegyezem, 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 beleegyezem.

Kivéve: _____

2. ADATVÉDELEM

		igen	nem
Az érdeklődőknek a bentfekvésem tényét az ápoló osztály nevét megadhatják			
Legközelebbi hozzátartozó**:	Neve:	*1. Telefonszám: *2. Telefonszám:	
	Címe:		

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

****Több személy is megadható. (Név, lakcím, telefonszám beírása kötelező)**

Beleegyezem, hogy az egészségügyi szolgáltatás nyújtása céljából általam megadott személyes és egészségügyi adataimat a Soproni Gyógyközpont megismerje, tárolja elektronikus vagy papír alapon és egyben kezelje a számomra nyújtott egészségügyi szolgáltatások teljesítésével kapcsolatban betartva a vonatkozó hatályos jogszabályokat.

Kijelentem, hogy a személyes adataim kezelésével és védelmével összefüggésben a szükséges és megfelelő tájékoztatást megkaptam és tudomásul veszem, hogy az adatvédelemmel kapcsolatos részletes szabályok az intézmény honlapján (www.sopronigyogykozpont.hu/informaciok/betegtajekoztatok) megismerhetők

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

[]igen []nem

3. TÁJÉKOZTATÁS KORÁBBI BETEGSÉGRŐL, GYÓGYKEZELÉSRŐL

Tudomásul veszem, hogy az Egészségügyi Törvényben foglalt kötelezettségeimnek megfelelően az ellátásomban

közreműködő egészségügyi dolgozókat tájékoztatnom kell mindarról, amely szükséges a kórisme megállapításához, a megfelelő kezelési terv elkészítéséhez és a beavatkozások elvégzéséhez, így különösen minden korábbi betegségemről, gyógykezelésemről, gyógyszer- vagy gyógyhatású készítmény szedéséről, egészségkárosító kockázati tényezőkről. **Tájékoztatom** Őket – a saját betegséggemmel összefüggésben - mindarról, amely mások életét vagy testi épségét veszélyezteti, így különösen a fertőző betegségekről, valamint fertőző betegségem esetén megnevezem azokat a személyeket, akiktől a fertőző betegséget megkaphattam, illetve akiket megfertőzhettem.

Tudomásul veszem, hogy a kezelőorvos jogosult áttekinteni az Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő adatbázisában, hogy mikor, hol és milyen típusú egészségügyi ellátásokat vettem igénybe a kötelező egészségbiztosítás terhére.

Beleegyezem, hogy a vizsgáló orvos gyógykezelésem segítése céljából az EESZT felületen egészségügyi anyagomba DÖR felülbírálattal betekinthes.

igen nem

4. EGYÉB

Tudomásul veszem, hogy a tulajdonomat képező értékeim, gyógyászati segédeszközök – mankó, műfogsor, szemüveg, valamint egyéb személyes holmim (pl. irataim) a kórházi tartózkodásom alatt is őrizetben 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

Kijelentem, hogy a Soproni Gyógyközpont Házirendjének elérhetőségéről tájékoztattak, módot adtak annak megismerésére, azt elfogadom.

„A nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól” szóló 1999. évi XLII. törvény és az Országos Tűzvédelmi Szabályzat előírásainak figyelembe vételével, **tudomásul veszem, hogy a Soproni Gyógyközpont egész területén, különösen a betegellátó osztályokon a dohányzás (elektromos cigaretta használata is) és tűz gyújtására alkalmas eszköz használata kizárólag a kijelölt dohányzóhelyeken megengedett!**

4. NYILATKOZAT CSELEKVŐKÉPESSÉGRŐL

Nyilatkozom, hogy cselekvőképességet kizáró, illetve az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlásában korlátozó gondnokság alatt **(jelölje x-szel):**

Nem állok

Nem állok, de állapotom miatt, nevemben eljárni, döntésben kompetens hozzátartozót nevezek meg:

Hozzátartozó neve:.....

Elérhetősége:

Cím:..... Tel. szám:.....

Állok

Gondnok neve:.....

Elérhetősége: Cím:..... Tel. szám:.....

5. NYILATKOZAT BETEGAZONOSÍTÓ KARSZALAGRÓL
Cselekvőképes beteg esetében

Kijelentem, hogy a Soproni Gyógyközpont orvosa által teljeskörű tájékoztatást kaptam arról, hogy hozzájárulásom esetén, ellátási biztonságom érdekében betegazonosító karszalagot helyeznének fel. A fenti tájékoztatást megértettem, döntésemet cselekvőképességem teljes birtokában, befolyástól, kényszertől és fenyegetéstől mentesen teszem. Tudomásul veszem, hogy jelen nyilatkozatomat bármikor visszavonhatom.

A karszalag feltételéhez **(jelölje x-szel)**:

Hozzájárulok, hordani fogom, benntartózkodásom alatt megőrzöm, távozáskor leadom.

Nem járulok hozzá, de tudomásul veszem, ha és amennyiben cselekvőképtelen állapotba kerülnék, biztonságom érdekében az intézet orvosa ezt fel fogja helyezni.

Korlátozottan cselekvőképes beteg felvétele esetén

Fent megjelölt beteg törvényes képviselőjeként kijelentem, hogy a Soproni Gyógyközpont orvosa által teljeskörű tájékoztatást kaptam arról, hogy hozzájárulásom esetén az általam kísért, ellátandó betegre ellátási biztonsága érdekében betegazonosító karszalagot helyeznének fel. A tájékoztatást a beteg ellátása előtt tették. A tájékoztatást megértettem. Döntésemet a beteg érdekeinek figyelembevételével, törvényes jogaim gyakorlásával hozom meg. Döntésemet befolyástól, kényszertől és fenyegetéstől mentesen teszem. Tudomásul veszem, hogy jelen nyilatkozatomat bármikor visszavonhatom.

A karszalag feltételéhez **(jelölje x-szel)**:

Hozzájárulok.

Nem járulok hozzá, de tudomásul veszem, ha és amennyiben a beteg cselekvőképtelen állapotba kerül, biztonsága érdekében az intézet orvosa ezt fel fogja helyezni.

**A fenti pontokban foglaltakat tudomásul veszem, és beleegyezésemet adom, a.....
pontokban foglaltakba nem egyezem bele.**

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az adatok a valóságnak megfelelnek.

Sopron, 20

Aláírás:

Név: nyomtatott betűvel:

.....
a beteg, vagy törvényes képviselője,
vagy a (döntésekben kompetens)
meghatalmazott hozzátartozó aláírása
írásképtelenség esetén aszóban tett nyilatkozathoz 2 tanú aláírása (olvasható névvel is ellátva)

.....
tájékoztató orvos aláírása
és bélyegzője

.....
felvevő ápoló neve, aláírása