

# 1. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Unterzeichnete #!NEV; (Name), SV-Nr.: ..... Wohnhaft:#!BVAROS;, #!BUTCA; erkläre ich:

**Ich beweise**, dass ich durch dr. .... aufgeklärt wurde:

meine Krankheit nach der Diagnose/beziehungsweise vermutlich:

**Ich bin** mit den untenstehenden Untersuchungen und zusätzlichen Eingriffen **einverstanden**:

bzw. mit anderen Untersuchungen durch Geräte, Behandlungen wie:

vorgeschlagene Kur (auf Ungarisch): .....

mögliche, häufige Risiken und konkrete, nachteilige Folgen, voraussichtliche Vorteile:

mögliche alternative Behandlungsverfahren und deren allfällige Nachteile:

**Ich erkläre**, dass mir sowohl die Art und das Ziel der Operation, des Eingriffs und der Behandlung, als auch mögliche Risiken und nachteilige Folgen - trotz der Einhaltung der vorgeschriebenen Vorsicht - auch im Vergleich zu anderen Behandlungsmöglichkeiten **ausführlich erläutert wurden**.

Mir wurde weiterhin erläutert, was für eine Folge (Gesundheitsschädigung ) des Entfalls von Eingriff haben kann.

**Ich bin mit der Eingabe von erforderlichen** Medikamenten, Rauschmitteln oder anderen Substanzen **einverstanden**.

**Ich nehme zur Kenntnis**, dass die während des operativen Eingriffes **entfernten Gewebe, Organe** pathologisch und histopathologisch **untersucht werden**. Ich bin mit deren eventuellen weiteren Verbrauch einverstanden.

**Ich nehme zur Kenntnis**, falls während meiner Behandlung im Krankenhaus **infektiöse** oder vermutlich infektiöse **Krankheit** erkannt wurde, bekomme eine **rote Armbinde** - für mein Interesse, bzw. im Interesse der anderen Kranken und der Angestellten.

**Ich bin damit einverstanden**, dass über den Eingriff, bzw. operative Behandlung **Lichtbilder** oder **Videoaufnahmen** unter dem Vorbehalt **gefertigt werden**, dass meine Person nicht erkennbar wird.

**Mir ist bekannt**, dass in dem Heilanstalt auch Ausbildung von medizinischen Fachangestellten erfolgt und **damit einverstanden** bin, dass an meiner Behandlung auch **Medizinstudenten** und **medizinische Fachangestellten** - in Anwesenheit einer verantwortlichen Person und mit ihrer Überwachung - teilnehmen. Auch sie sind sich zur medizinischen Geheimhaltung verpflichtet.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Operation unter Beachtung der Vorschriften des Gesundheitswesen-Gesetzes **im Interesse der fachgerechten Betreuung** von dem Oberarzt oder einem durch seinen Vertreter bestellten Arzt durchgeführt, bzw. beaufsichtigt wird.

**Ich habe bzgl. des operativen Eingriffes und der o.g. Punkte keine weiteren Fragen**. Nach dem Eingriff werde ich den Anweisungen zur Versorgung der Wunde Folge leisten.

Lehne ich die Durchführung des operativen Eingriffes, bzw. der Behandlung trotz der ausführlichen ärztlichen Aufklärung ab, übernehme ich die Verantwortung deren Folgen. Ich erteile Befreiung von der Verantwortung den Ärzten, von denen ich den Eingriff nicht angenommen habe. Infolge der Ablehnung stelle ich gegen sie und das Institut keinen Anspruch.

## 2. EINNAHME VON EIGENEM MEDIKAMENT

**Ich nehme zur Kenntnis**, dass ich das von dem Krankenhaus erhaltene Medikament auf eigene Verantwortung einnehmen darf. Für die schädlichen Folgen auf die Gesundheit, für die eventuelle Verschlechterung meines Zustands und für den Entfall der Verbesserung haftet das Krankenhaus nicht.

## 3. INFORMATION ÜBER KRANKHEIT, HEILVERFAHREN

**Ich nehme zur Kenntnis**, dass ich entsprechend meiner Verbindlichkeit nach dem Gesundheitsgesetz den Fachangestellten - die bei meiner Versorgung mitwirken - über alle Informationen unterrichten muss, welche zur Diagnose, zur Behandlung und zu den Eingriffen erforderlich sind, wie Krankheit, Heilverfahren, Medikament, Risikofakten. Ich **unterrichte** sie zusammenhängend mit meiner Krankheit über alle Fakten, die die Gesundheit, die körperliche Unversehrtheit von anderen Personen gefährdet. Bei ansteckender Krankheit benenne ich die Personen,

von denen ich die ansteckende Krankheit empfangen könnte oder die ich infizieren könnte.

#### 4. DATENSCHUTZ

Zutreffendes bitte **kreuzen Sie an**: „ja“ oder „nein“! Antworten Sie bitte auf alle Fragen und **kreuzen Sie nur in einer Spalte!**

	ja	nein
Den Interessenten (Pforte, Telefon) können meinen Aufenthalt im Intitut und die Bezeichnung der Abteilung mitgeteilt werden.		
Die Gesundheitsdokumentenmappe dürfen meine nahen Angehörigen einsehen.		

Sie können unten den **Namen, die Wohnanschrift und die Telefonnummer der benannten Person** angeben oder leer lassen.

	Name	Wohnanschrift	Telefonnummer
Über meinen Zustand, meinen Aufenthalt geben Sie bitte Information für:			
Ich verzichte auf das Recht der Information, über die Einzelheiten meiner Krankheit geben Sie bitte Information für:			

Die Ausübung der weiteren Rechte (z. B. Einwilligung, Absage des Eingriffs) kann ausschließlich durch beglaubigte Urkunde übertragen werden. Darüber fragen Sie Ihren Arzt.

Bemerkung:
------------

**Den Informationsblatt habe ich durchgelesen und zur Kenntnis genommen.**

#### 5. NAHRUNGSMITTELVERBRAUCH

**Ich nehme zur Kenntnis**, dass ich Lebensmittel, die ich nicht im Krankenhaus bekommen habe, auf eigene Verantwortung verzehren kann. Darüber unterrichte ich meinen Arzt.

Lebensmittel, die gekühlt werden müssen, dürfen nur im Kühlschrank, bemerkt mit meinem Namen gelagert werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die Lebensmittel, die auf meinen Zustand gefährlich sein können, von der Krankenschwester ohne meiner Einwilligung vernichtet werden können.

#### 6. WERTBEWAHRUNG

**Ich nehme zur Kenntnis, dass meine** Hilfsmittel - Krücke, Prothese, Brille usw. -, meine Privatdinge während meinem Aufenthalt bei mit bleiben, für deren Verlust, Verschwund haftet das Krankenhaus nicht.

**Es ist möglich, Ihre Wertsache zu bewahren** (zutreffendes bitte ankreuzen):

ich brauche                      ich brauche nicht

**Die Obenstehende nehme ich Kenntnis ich erteile meine Einwilligung, ausgenommen**  
 .....

Sopron,

.....  
 Unterschrift des Kranken, des gesetzlichen Vertreters des  
 aufklärenden Arztes  
 des Pflegers  
 oder Unterschrift des bevollmächtigten Angehörigen