

1. BELEEGYZÉS KEZELÉSBE, BEAVATKOZÁSBA AZ ÚJSZÜLÖTT RÉSZLEGEN

Név: #!NEV;
Lakcím: #!BIRSZAM; #!BVAROS; #!BUTCA;

Alulírott szül /törvényes képvisel **tanúsítom**, hogy engem #!FFELVORVPROP(3); #!FFELVORVPROP(1); az alábbiakról világosított fel:

az újszülött betegsége, mely a kórisme szerint/illetve feltételezhet en:

Beleegyzem az alábbi vizsgálatok és járulékos beavatkozások elvégzésébe (megfelel rész aláhúzendó):

I. röntgen	infúzió
II. UH	ortopédia
III. laborok	hallásvizsgálat
IV. fototerápia	PKU
V. inj. Gardenál	BCG oltás
VI. antibiotikum	

a javasolt gyógymód, mely (magyarul):

annak leggyakoribb kockázata, reális és hátrányos szöv dményei, illetve várható el nye:

és a helyette alkalmazható gyógymódok és annak esetleges hátránya:

Kijelentem, hogy a beavatkozás, kezelés természetér l és céljairól, a várható el nyökr l és az ezekkel járó kockázatról, a kötelez el vigyázatosság ellenére adódó szöv dmények lehet ségér l, valamint az újszülött kezelésének egyéb lehetséges módozatairól **megfelel tájékoztatást kaptam**.

Ismertették velem, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.

Beleegyzem a szükségesnek tartott gyógyszerek, kábítószeres, vagy más anyagok **adásába**.

Tudomásul veszem, hogy az újszülöttön beavatkozás, kezelés során **eltávolított szövetek, szervek**, patológiai- és kórszövettani **vizsgálatra kerülnek**, továbbá beleegyzem azok esetleges további felhasználásába.

Beleegyzem, hogy a beavatkozás, illetve a kezelés menetér l **fénykép, vagy videofelvételek készüljenek** azzal a kikötéssel, hogy azokon az újszülött nem válik felismerhet vé.

Tudomásom van arról, hogy a gyógyintézetben egészségügyi személyzet képzése is folyik, és ezért **beleegyzem** abba, hogy az újszülött kezelésében – felel s személy jelenlétében és annak felügyelete mellett – nemcsak orvosok, hanem **orvostanhallgatók, és más egészségügyi szakdolgozók** is részt vehessenek, akiket szintén az orvosi titoktartás kötelez.

Tudomásul veszem, hogy az újszülött **egészségi állapota, indokolt szakszer ellátása érdekében** a rajta végzend beavatkozást az osztályvezet f orvos, vagy helyettese által kijelölt orvos végzi, illetve irányítja az Egészségügyi Törvény figyelembevételével.

A kapott tájékoztatást elegend nek találtam, további felvilágosítást abban az esetben kérek, ha beavatkozásokat tesz szükségessé.

Amennyiben a részletes orvosi felvilágosítás ellenére az újszülöttnél tervezett beavatkozást, illetve kezelést elutasítom, annak következményeiért a felel sséget átvállalom, azokat az orvosokat, akikt l a javasolt orvosi beavatkozást nem fogadtam el, a felel sség alól felmentem. Ebb l ered en velük, illetve az intézménnyel szemben semminem igényt nem támasztok.

ÚJSZÜLÖTTLÁTOGATÁSI NYILATKOZAT

Az Újszülött részleg Szakmai és M kódési rendje szerint az újszülötteket az erre a célra rendszeresített bemutatóablakon keresztül lehet látogatni. Amennyiben az újszülöttet hozzájárulással, vagy kéresemre ettől eltérő módon látogatják, akkor az ebből adódó esetleges fertőzések következményeire a felelősséget én vállalom.

Egyben tudomásul veszem, hogy amennyiben az Újszülött részleg Szakmai és M kódési rendjében elírtaktól eltérően az újszülöttet nem az újszülött részleg által biztosított kiságyban helyezem el, úgy az újszülött testi épségével kapcsolatos mindennemű felelősség engem terhel.

3. ADATVÉDELEM

Kérjük, hogy az alábbi táblázatban az „igen” vagy a „nem” rovatban „X”-szel jelölje, hogy hogyan rendelkezik! Minden kérdésre válaszoljon és mindegyikre **csak az egyik oszlopba tegyen jelet!**

	igen	nem
Az érdeklődőknek (porta, telefon) az újszülött bennfekvése tényét és az ápoló osztálya nevét megadhatják.		
Az újszülött egészségügyi dokumentumaiba a közeli hozzátartozói betekintheznek.		

Az alábbi rovatokba írja a **megfelel személy nevét, lakcímét, és telefonszámát, vagy húzza ki**, ha üresen akarja hagyni.

	Név	Lakcím	Telefonszám
Az újszülött állapotával, bennfekvésével kapcsolatban kérem értesítsék:			
A tájékoztatás jogáról lemondok, az újszülött betegsége részleteiről helyettem tájékoztassák:			

A többi jog (pl. beleegyezés és beavatkozás visszautasítása) gyakorlását átruházni csak hiteles köz- vagy magánokirattal lehet. Erről kérdezze orvosát.

Megjegyzés:

A betegjogi tájékoztatót elolvastam, és tudomásul vettem.

A fenti pontokban foglaltakat tudomásul veszem, és beleegyezésemet adom.

A pontokban foglaltakba nem egyezem bele.

Sopron, #!AKTDATUM;

.....
szülő vagy meghatalmazott hozzátartozó aláíratásátájékoztató orvos aláírása
elérhető ségi telefonszáma:

.....
felvevő ápoló aláírása