1. BELEEGYEZÉS KEZELÉSBE, BEAVATKOZÁSBA

Alulírott #!NEV;, TAJ: #!TAJ; lakcím: #!BIRSZAM; #!BVAROS;, #!BUTCA; szám alatti lakos, az alábbi nyilatkozatot teszem:

1.Tanúsítom, hogy engem #!FFELVORVPROP(3); #!FFELVORVPROP(1); az alábbiakról világosított fel: betegségem, mely a kórisme szerint, illetve feltételezhetően: #!MWBEUTALAS_BEUTDIAGNNEV;

2. Beleegyezem az alábbi vizsgálatok és járulékos beavatkozások elvégzésébe, amelyek intenzív osztályos kezelésemhez szükségesek. Ezek közül a leggyakoribbak:

- **légzést segítő beavatkozások: éber állapotban non-invazív lélegeztetés arcmaszkon át a beteg közreműködésével, szükség esetén lélegeztetőcső bevezetése a légcsőbe (intubálás), gépi lélegeztetés,**
- **centrális véna biztosítása: folyadékpótlás, gyógyszerbevitel, keringésellenőrzés, táplálás céljából**
- **állandó hólyagkatéter bevezetése és vizelet mennyiségének mérése**
- **orron vagy szájon át gyomorszonda levezetése, táplálás és a felgyülemlő folyadék eltávolítása céljából**
- **súlyos állapot esetén csukló- vagy combverőérbe vezetett kanül segítségével direkt vérnyomásmérés**
- **súlyos veseelégtelenségben dialíziskanül behelyezése és művesekezelés**
- **mérgezések esetén gyomormosás, hashajtás, plazmacsere (vérplazmából a méreganyagok kimosása)**
- **mellűrben vagy szívburokban lévő folyadék lebocsátása egyszeri punkcióval, vagy tartós szívás drain behelyezésével**
- **nyakon tágításos légcsőszájadék készítés (percutan tracheostomia) a gépről való leszoktatásért**
- **a betegséggel kapcsolatos diagnosztikus vizsgálatok: röntgen, ultrahang, CT, MRI, amelyhez kontrasztanyag adása is szükségessé válhat, hörgő- és gyomortükrözés stb.**
- **vérgáz vizsgálatra verőérből, laborvizsgálatra vénából vérvétel tűvel**
- **egyéb, például:**

A beavatkozások és vizsgálatok során **ér-, idegsérülés, vérzés, fertőzés, légút- és tüdősérülés, extrém esetben keringésleállás, kontrasztanyag adásakor allergiás szövődmények léphetnek fel.**

Helyettük alkalmazható gyógymódok és annak esetleges hátránya: **életveszély elhárítása esetén alternatív megoldás nincs.**

Kijelentem, hogy a beavatkozás, kezelés természetéről és céljairól, a várható előnyökről és az ezekkel járó kockázatról, a kötelező elővigyázatosság ellenére adódó szövődmények lehetőségéről, valamint betegségem kezelésének egyéb lehetséges módozatairól **megfelelő tájékoztatást kaptam.**
Ismertették velem, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.
Beleegyezem a szükségesnek tartott gyógyszerek, kábítószerek, vagy más anyagok adásába.
Tudomásul veszem, hogy a rajtam végzett beavatkozás, kezelés során eltávolított szövetek, szervek, patológiai – és kórszövettani vizsgálatra kerülnek, továbbá beleegyezem azok esetleges további felhasználásába anonimizált formában, kutatási célra, különösen mesterséges intelligencia fejlesztésére felhasználják. Tudomásul veszem és elfogadom, hogy a szövetminták személyazonosításra alkalmatlan módon, név és egyéb személyes adatok nélkül kerülnek tárolásra és feldolgozásra, időbeli korlátozás nélkül. Kijelentem, hogy a fenti felhasználás során személyiségi jogaim nem sérülnek, egészségügyi vagy egyéb személyes adataim harmadik fél részére nem kerülnek átadásra, és azokhoz illetéktelen személy

nem férhet hozzá.
Tudomásul veszem, hogy amennyiben a kórházi kezelésem alatt bármely fertőző vagy arra gyanús betegséget észlelnek, a saját, a betegtársak és a dolgozók érdekében piros színű betegazonosító karszalagot helyeznek fel a csuklómra.
Beleegyezem, hogy a beavatkozás, illetve a kezelés menetéről **fénykép, vagy videofelvételek készüljenek** azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhetővé.
Tudomásom van arról, hogy a gyógyintézetben egészségügyi személyzet képzése is folyik, és ezért **beleegyezem** abba, hogy kezelésemben – felelős 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 **egészségi állapotom indokolt szakszerű ellátása érdekében** rajtam végzendő beavatkozást az osztályvezető főorvos, vagy helyettese által kijelölt orvos végzi, illetve irányítja az Egészségügyi Törvény figyelembevételével.
Tudomásul veszem, hogy amennyiben állapotom a további gyógykezelésemet nem indokolja, úgy az intézmény zárójelentést állít ki részemre, mellyel otthonomba bocsát. Ez esetben az intézmény elhagyásáról magam, vagy hozzátartozóm útján gondoskodom.

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!

A kapott tájékoztatást elegendőnek találtam, további felvilágosítást abban az esetben kérek, ha beavatkozásokat tesz szükségessé.
Amennyiben a részletes orvosi felvilágosítás ellenére a beavatkozást, illetve kezelés elutasítom, annak következményeiért a felelősséget átvállalom, azokat az orvosokat, akiktől a javasolt orvosi beavatkozást nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. Ebből eredően velük, illetve az intézménnyel szemben semminemű igényt nem támasztok.
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/információk /betegtájékoztatók) megismerhetőek.

2. SAJÁT GYÓGYSZER SZEDÉSE

Tudomásul veszem, hogy nem a kórház által biztosított gyógyszert csak saját felelősségemre szedhetem, és az ezekből adódó egészségkárosodásért, esetleges állapotromlásért, illetve javulás elmaradásáért a Kórház felelősséget nem vállal.

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 betegségemmel 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.

4. 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) a bennfekvésem tényét és az ápoló osztályom nevét megadhatják.		

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

	Név	**Lakcím**	**Telefonszám**
Az állapotommal, bennfekvésemmel kapcsolatban kérem értesítsék**:			***1.Telefonszám:** ***2.Telefonszám:**
A tájékoztatás jogáról lemondok, a betegségem részleteiről helyettem tájékoztassák**:			

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

**Több személy is megadható

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.

5. ÉLELMISZER FOGYASZTÁS

Tudomásul veszem, hogy a kórházban kapott élelmiszereken felül mást csak saját felelősségemre fogyaszthatok, és erről a kezelőorvost tájékoztatom.
Hűtést igénylő élelmiszerek csak a hűtőszekrényben, nevemmel ellátva tárolhatók.
Beleegyezem, hogy az állapotomat negatív módon befolyásoló élelmiszereket az ápoló a megkérdezésem

nélkül megsemmisítheti.

6. ÉRTÉK MEGŐRZÉS

Tudomásul veszem, hogy a tulajdonomat képező **értékeim,** gyógyászati segédeszközeim – 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

7. 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:.....

8. NYILATKOZAT BETEGAZONOSÍTÓ KARSZALAGRÓL

<u>Cselekvőképes beteg esetében</u>

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.

<u>Korlátozottan cselekvőképes beteg felvétele esetén</u>

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.

Kelt: Sopron, 20 . . . .

Név: nyomtatott betűvel: ……..

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

…… tájékoztató orvos aláírása és bélyegzője

…… felvevő ápoló neve, aláírása