

PSZICHIÁTRIAI OSZTÁLYON ALKALMAZANDÓ NYILATKOZATOK
1. BELEEGYZÉS KEZELÉSBE, BEAVATKOZÁSBA

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

Tanúsítom, hogy engem dr. az alábbiakról világosított fel:

betegségem, mely a kórisme szerint/illetve feltételezhetően:

Beleegyzem az alábbi vizsgálatok és járulékos beavatkozások elvégzésébe:

.....
valamint egyéb műszeres vizsgálat, illetve kezelés, úgy mint:

.....
a javasolt gyógymód, mely (magyarul):

.....
annak leggyakoribb kockázata, reális és hátrányos szövődményei, illetve várható előnye:

.....
és a helyette alkalmazható gyógymódok és annak esetleges hátránya:

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.

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

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

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.

Beleegyzem, 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 **beleegyzem** 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.

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.

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 betegségről, 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.

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 állapottal, 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

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. ELŐZMÉNYEK MEGTEKINTÉSE

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

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

Az „Együttműködési megállapodás” tartalmát megismertem. Az abban foglalt szabályok betartását vállalom.

Sopron, 20

.....
a beteg, törvényes képviselő,
vagy a meghatalmazott hozzátartozó aláírása

.....
tájékoztató orvos aláírása

.....
felvevő ápoló aláírása