

PSZICHIÁTRIAI OSZTÁLYON ALKALMAZANDÓ NYILATKOZATOK
1. BELEEGYEZÉS 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:

.....
.....
Beleegyezem 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.

Beleegyezem 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 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** észlelnék, 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) megismerhetők.

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.

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, bennfekvéssel 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:

Hozzá tartozó neve:.....

Elérhetősége:

Cím:..... Tel. szám:.....

☐ Állok

Gondnok neve:.....

Elérhetősége:

Cím:..... Tel. szám:.....

8. 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, kényszersértől 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 kerülne, 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, kényszersértől 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