

**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 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.

**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.

**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/](http://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.**

**Beleegyezem, hogy a vizsgáló orvos gyógykezelésem segítése céljából az EESZT felületen egészségügyi anyagomba DÖR felülbírálattal betekinthes.**

igen  nem

## 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 !

	<b>igen</b>	<b>nem</b>
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.

	<b>Név</b>	<b>Lakcím</b>	<b>Telefonszám</b>
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. (Név, lakcím, telefonszám beírása kötelező)

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

### 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, 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.

### 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, 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.

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