

1. BELEEGYZÉS KEZELÉSBE, BEAVATKOZÁSBA (Traumatológia)

Alulírott #!NEV;, 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:

Kórtörténet és jelen panaszok felvételében való közreműködés. Teljes körű fizikális vizsgálat, antropometriai vizsgálatok (pl.: testtömeg mérés, testmagasság mérés, BMI index stb.). EKG (elektrokardiográfia), pulzoxymetria, vérgáz analízis, vérvétel, vércsoport analízis, perifériás vagy centrális véna biztosítás, transzfúzió (vér illetve vérkészítmények adása). Vércukor mérés, vitális paraméterek monitorozása. Laborvizsgálat (vérmintából, vizeletmintából, ízületi punktátumból, likvorból stb.), vizelet katéterezés, scibala eltáv. beöntés, székletvizsgálat (vér meghatározás, mikrobiológiai vizsgálat. Képpalkotó vizsgálat kontrasztanyag adással/anélkül, invazív radiológiai vizsgálatok (pl. ultrahang vezérelt punkció), egyéb:

.....**valamint**

egyéb műszeres vizsgálat, illetve kezelés, úgy mint:

Beteg edukációban (betegséggel kapcsolatos oktatásban) való részvétel, általános betegápolás - illetve azokban való közreműködés (pl.: tisztálkodás, étkezés, stb.). Gyógyszerbeadás (pl.: per os, subcutan, intravénás stb.), passzív - vezetett aktív - aktív gyógytorna, fizioterápia. Külső rögzítővel való kezelés (fixateur externe, gipsz, ortézis stb.), átmeneti extensio kezelés. Fertőző betegség esetén átmeneti kórtermi izoláció. Önveszéllyel járó tudatzavar esetén (pl.: pszichózis, alkohol megvonásos szindróma, demencia stb.) az oki/tüneti kezelés mellett a végtagok átmeneti kényszerrögzítése szoros megfigyeléssel. Betegségével kapcsolatos szövődmények, illetve kialakult/meglévő társbetegségek kapcsán konzíliumkérés. Az ellátási szintet meghaladó betegség és állapot esetén magasabb ellátási szintű intézménybe való beutalás vagy áthelyezés. Invazív vizsgálatok (pl.: diagnosztikus peritoneális lavage, mellúri punkció), szükség esetén nasogastricus sonda bevezetés. Azonnali életmentő beavatkozások (pl.: mellúri szívó drainage, pericardialis punkció, légútbiztosítás stb.), újraélesztés, egyéb:

.....
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 módzatairól **megfelelő tájékoztatást kaptam**.

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

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

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

Tudomásul veszem, hogy amennyiben a kórházi kezelése alatt bármely **fertőző** vagy arra gyanús **betegséget** észlelek, a saját, a betegársak 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 kezelésben – 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 gyógykezelésem 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 kezelést 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** Öket – 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 állapotommal, bennfekvésemmel kapcsolatban kérem értesítsék:			Telefonszám 1.: Telefonszám 2.:
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.

Beleegyezek, 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.

Sopron, 20

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

.....
Tájékoztató orvos aláírása

.....
felvevő ápoló aláírása