

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

kórházi felvételtől

Alulírott (született: ____ . ____ . ____ TAJ: ____ - ____ - ____) tanúk előtt tett aláírással igazolom, hogy A Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaújváros **Osztályára** felajánlott kórházi elhelyezést elfogadom. Amennyiben gyógykezelésem indokolttá teszi, hozzájárulok más betegellátó osztályra történő áthelyezésemhez.

A beutalás/felvétel indoka:

Felvételemkor Dr., fenti intézmény orvosa a tőle elvárható legnagyobb gondossággal és részletességgel tájékoztatott a felvételtől

- állapotomról, a kórházi felvételt indokló betegsége(i)mről,
- a várható közvetlen kórlefolyásról és kimeneteléről,
- a tervezett vizsgálatokról, beavatkozásokról és kezelésekről, beleértve azok esetleges kockázatait, szövődményeit.

Tájékoztatót kaptam az ambulánsan kórházban töltött munkanap táppénzes igazolásának lehetőségeiről (szakrendelésen vagy háziorvosnál).

Egyben biztosított arról, hogy minden diagnosztikus és terápiás beavatkozás előtt részletes tájékoztatást kapok

- az azt szükségessé tevő problémáról,
- a beavatkozások lényegéről, körülményeiről és céljáról,
- az esetleges helyettesítő eljárásokról,
- a veszélyekről, kockázatokról és szövődményekről, azok százalékos eshetőségéről, elháríthatóságáról,
- az alkalmazandó előkészítésről, előkezelésről és a lehetséges érzéstelenítési eljárásokról.

Biztosított arról, hogy írásos tájékoztatás mellett igény szerint lehetőséget kapok mindezen kérdéseket szóban is tisztázni és kórházi tartózkodásom, kivizsgálásom és kezeléseim minden kérdésében kellő tájékozottsággal, önálló, felelős döntés meghozására lesz módom. Tudomásul veszem, hogy szakszerű gyógymód, kezelés esetén is, a közölteken kívül felléphetnek előre nem várható szövődmények, amelyek kedvezőtlenül befolyásolhatják a várható gyógyulást.

Ugyancsak részletes tájékoztatást kaptam ellátásommal kapcsolatos jogi szabályozásról – különös tekintettel a betegek jogairól és kötelezettségeiről, az adatvédelemről. Lehetőséget biztosítottak számomra jogaim és kötelezettségeim teljes körű megismerésére, ezzel kapcsolatos kérdéseim tisztázására.

Tájékoztatót kaptam az intézményi házirendről, az osztály vagy részleg rendjéről és azt magamra nézve elfogadom.

Tájékoztatót kaptam a dohányzással kapcsolatos tilalomról és azt tudomásul veszem.

Tudomásul veszem, hogy elbocsátásom előtt az intézményből csak saját felelősségemre és csak civil ruházatban távozhatok.

Tudomásul veszem, hogy az intézménybe behozott tárgyi értékeimért, készpénzért az osztály és az intézmény, vagy személyzete felelősséget nem vállal.

Igényeim szerint tájékoztatást kaptam a velem kapcsolatba kerülő orvosok és szakdolgozók beosztásáról, szakképzéséről és az ellátással kapcsolatos személyi és tárgyi adatokról.

Tájékoztatót kaptam arról, hogy személyi és egészségügyi adataimat az adatvédelmi szabályok betartása mellett az intézmény rögzíti, kezeli, azokat informatikai rendszerében szabályozott módon tárolja, amely adatkezelés az adatkezelésre vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges. A kezeléseim során észlelt diagnosztikai laboreltérés esetén, kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy ennek tényéről értesítésre kerüljön az egészségügyi intézmény társosztálya, a szükséges terápiás beavatkozás meghatározása és alkalmazása céljából.

Tudomásul veszem, hogy kezelőorvosaim utasítására szakdolgozók is elvégezhetnek az orvosi ténykedés körébe tartozó (jogsabályokban meghatározott) tevékenységeket. Tudomásul veszem, hogy az intézményben szakorvos jelöltek, orvostanhallgatók, egyéb egészségügyi szakképzésben részesülő személyek tanulnak, akik szakorvosi felügyelettel ellátásban közreműködnek.

Tudomásul veszem, hogy az Egészségügyi Törvényben foglalt kötelezettségeim körébe tartozik az, hogy az ellátásban közreműködő egészségügyi dolgozókat tájékoztatom mindarról, amely szükséges a kórisme megállapításához, megfelelő kezelési terv elkészítéséhez és a beavatkozások elvégzéséhez, így különösen **minden korábbi betegségemről, gyógykezelésemről, gyógyszer vagy gyógyhatású készítmény szedéséről, azokkal szembeni esetleges (túl)érzékenységről, egészségkárosító kockázati tényezőkről.** Tájékoztatom Őket – a saját betegséggemmel összefüggésben – mindarról, amely mások életét, testi épségét veszélyezteti.

Tudomásul veszem, hogy a Kórházban kapott élelmiszereken felül mászt csak saját felelősségemre fogyaszthatok, és erről a kezelőorvost tájékoztatnom szükséges. Hűtést igénylő élelmiszerek csak a hűtőszekrényben, nevemmel ellátva tárolhatók.

Tudomásul veszem, hogy az állapotomat negatív módon befolyásoló élelmiszereket a Kórházi ápolásom alatt nem fogyaszthatok, a kezelőorvosommal történt egyeztetés követően az ő javaslatára ezeket hozzátartozóimmal az Intézetből elvitetem, vagy megsemmisítem.

A betegellátás biztonságához fűződő közbizalom megőrzése, valamint a személyiségi- és betegjogok védelme érdekében a kép- és hangfelvétel készítésre vonatkozó, az intézmény Házirendjében foglalt szabályokat betartom.

Tudomásul veszem, hogy az intézmény egész területén, folyamatosan működő, kamerás megfigyelő rendszer működik a személy- és vagyonbiztonság érdekében.

ÁLTALÁNOS HOZZÁJÁRULÁSI NYILATKOZAT

Adatvédelmi tájékoztató – Az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló részletes tájékoztatónkat megtekintheti honlapunkon: www.pantaleon.hu, vagy kérje kezelőorvosától.

A kórház célja a biztonságos betegellátás, melynek egyik eszköze a betegazonosító karszalag használata. Kérjük, nyilatkozzon:

A betegazonosító karszalag felhelyezését: **KÉREM** **NEM KÉREM**

Engedélyezem, hogy személyes adataim (név, születési dátum, TAJ szám, osztály neve)

a karszalagon rögzítésre kerüljenek: **IGEN** **NEM**
kivéve.....

Az SBO-n, IBO-n, műtetre kerülő betegeknek és cselekvőképtelen* betegeknek kötelező a karszalag használata.

/Itt azt kell közölni, hogy a betegazonosító rendszer milyen típusú, továbbá hogy a karszalag vagy más eszköz viseléséhez a beteg belegegyezése szükséges a hatályos jogszabályok szerint/

**cselekvőképtelen: az a személy, akit a bíróság a Polgári Törvénykönyv szerint cselekvőképességét teljesen korlátozó gondnokság alá helyezett, továbbá a tizennegyedik életévét be nem töltött kiskorú és a cselekvőképtelen állapotban lévő személy; (Eütv. 3. § t. pont).*

Személyes adatait harmadik személy számára – a jogszabályok által előírt kötelező esetek kivételével, illetve az Ön hozzájárulása nélkül – semmilyen körülmények között nem továbbítjuk, és nem hozzuk nyilvánosságra.

Az egészségügyi törvény értelmében **meg kívánom jelölni/nem kívánom megjelölni** (megfelelő rész aláhúzendó) azon személy(eke)t, aki(k) kórházi felvételem tényéről, betegségemről és annak várható kimeneteléről, állapotomról és annak esetleges változásáról, a szükséges vizsgálatokról és azok eredményeiről, a beavatkozásokról és azok következményeiről, az ajánlott kezelésekről tájékoztatható(k), értesíthető(k).

	kórházi felvételtől	teljeskörűen tájékoztatható
Név:.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Név:.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Megnevezetteken kívül más személy nem tájékoztatható		

Az alábbi személy(eke)t felruházom mindazon betegjogokkal, melyek engem megilletnek – arra az esetre, ha e jogok gyakorlására képtelen állapotba kerülnek:

Név:

Tudomásom van róla, hogy nyilatkozatomat a kezelés során bármikor megváltoztathatom, visszavonhatom.

Dunaújváros, 20__ . __ . __ . __

.....
a beteg aláírása

.....
a korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen törvényes képviselőjének neve

.....
az orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása:

.....
A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

.....
A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

.....
A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

.....
A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva: