

MEZŐTÚRI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET

5400 Mezőtúr, Kossuth L. út 9-11.

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT KÓRHÁZI KEZELÉSBE

Beteg neve:

TAJ:

Születési neve:

Lakcíme:

Anyja neve:

Születési hely, dátum:

alulírott kijelentem és aláírással megerősítem, hogy a(diagnózis magyarul), hogy a betegség miatt szükségessé váló kórházi kezelésbe beleegyezem.

1.) Tudomásul veszem, hogy betegségemmel, állapotommal kapcsolatos valamennyi információt a valósághoz hűen közölnöm kell a kezelésemet, ápolásomat végző egészségügyi dolgozókkal.

2.) Ezen nyilatkozatom aláírásával elismerem, hogy a jelenlegi egészségi állapotomról, betegségem várható kimeneteléről, előreláthatóan szükséges kezelés(ek) lehetőségéről, a javasolt beavatkozás kockázatáról, továbbá a javasolt beavatkozás elmaradásának a kockázatáról a kellő felvilágosítást megkaptam.

Kérem, és ezért beleegyezem, hogy kórházi tartózkodásom alatt a kórismertet megállapításához, vagy annak pontosításához, a kezelés eredményének nyomon követéséhez szükséges adatfelvételt és rutinvizsgálatokat (például: orvosi betegvizsgálat, vérvétel és más laborvizsgálatok, EKG, röntgen, ultrahang) végezzék el.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű vizsgálat esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt, gyógytartamot kedvezőtlenül befolyásolják, ezért orvosaimat felelősség nem terheli.

3.) Nyilatkozom, hogy a betegazonosító karszalag használatával kapcsolatos tájékoztatást megkaptam. Kijelentem, hogy a betegazonosító karszalag felhelyezésébe **beleegyezem / nem egyezem bele** (A megfelelő aláhúzendó!)

4.) Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelések/beavatkozások bármelyikének elutasítására, az alábbi kööttségekkel:

- Nem utasíthatok vissza ellátást, ha azzal mások egészségét vagy testi épségét veszélyeztetem.
- Minden olyan ellátást, amelynek elmaradása esetén egészségi állapotomban várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be, csak közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében utasíthatok vissza.
- A várandós beteg nem utasíthat vissza életfenntartó vagy életmentő beavatkozást, ha előre láthatóan képes a gyermek kihordására.

A kezelések/beavatkozások elutasítás miatt bekövetkezett szövődményekért, a gyógykezelés eredményének kedvezőtlen alakulásáért, egészségromlásért, egyéb hátrányos következményekért minden felelősség engem terhel és azokat az egészségügyi dolgozókat, akiknek a javaslatát nem fogadtam el, mindennemű felelősség alól felmentem.

Mindezek alapján tudomásul veszem, hogy minden magas kockázattal járó műtéti, diagnosztikus, vagy terápiás beavatkozás (pl. CT, MRI, tükrözés, kontrasztanyagot tartalmazó röntgenvizsgálatok, sugárterápia, kemoterápia, transfúzió stb.) esetén külön beleegyező/elutasító nyilatkozatot kell megismernem és aláírom.

5.) Kijelentem, hogy az osztály folyosóján kifüggesztett Házirendet mielőbb elolvasom és az abban foglaltakat betartom.

6.) Tudomásul veszem, hogy sem én, sem látogatóim a kórházzal, annak felszereléseiről, egészségügyi dokumentációimról és más betegekről felvételt, fényképet nem készíthetnek.

Jogom van a rám vonatkozó egészségügyi adatokat megismerni, a dokumentációkba betekinteni, és azokról saját költségemre másolatokat kérni. Mindezek a jogok megilletik az általam írásban megjelölt személyeket is.

7.) Ezúton tudomásul veszem, hogy dohányozni a kórház területén csak a dohányzásra kijelölt helyen lehet. A dohányzás kijelölt hely nyitott helyen, az épület parkjában található, amelynek megközelítésekor a betegnek figyelemmel kell lennie arra, hogy megbotlás, csúszás veszélye fennállhat. Ha dohányzásra nem a kijelölt helyen kerül sor, akkor a tilalmat megszegő személy a hatályos szabály alapján akár 50 000 forintig terjedő egészségügyi bírsággal is sújtható, továbbá köteles az kórház minden ezzel összefüggésbe hozható kárát megtéríteni.

8.) Kórházunk minden tőle telhetőt megtesz, hogy az ún. nem várt eseményeket - pl: kórházban kezelt beteg elesése - megelőzze. Tájékoztatásunk teljessége érdekében jelezzük, hogy tekintettel azonban arra, hogy a kórházban betegek, megváltozott egészségi állapotú személyek kezelésére, ellátására kerül sor, továbbá a kórház az ellátottak számára egy idegen környezet, így gyakrabban fordulhatnak elő nem várt események.

9.) Szóban feltett kérdéseimre megfelelő választ kaptam, melyeket megértettem, s kijelentem, hogy több kérdésem nincs.

A fenti tájékoztatást megértettem, tudomásul veszem és magamra nézve kötelezőnek elfogadom. Kellő idő állt rendelkezésemre, hogy szabadon és kényszermentesen dönthessek, hogy milyen kezelést veszek igénybe.

Dátum:

.....
kezelő orvos
aláírása

.....
beteg vagy a törvényes képviselőjének
illetve a meghatalmazott hozzátartozó
aláírása

Kitöltendő, ha a beleegyező nyilatkozatot nem a beteg írja alá!

Törvényes képviselő/ Meghatalmazott hozzátartozó neve:

születési helye, ideje:.....

lakcíme.....

törvényes képvisel minősége (szülő, gyám stb):.....

Meghatalmazott hozzátartozó neve:.....

születési helye, ideje:.....

lakcíme:.....

Két tanúval aláírt meghatalmazás csatolása kötelező!