

JAHN FERENC DÉL-PESTI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET
BELEEGYZŐ NYILATKOZAT KÓRHÁZI FELVÉTELHEZ

Osztály neve:.....

Alulírott (beteg neve, ill. törvényes képviselő neve) kijelentem, hogy a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház (a továbbiakban kórház) orvosa, dr(tájékoztató orvos neve) tájékoztatást kaptam arról, hogy

a) panaszaim háttérében egyelőre nem tisztázott okok vannak, amelyek kivizsgálása, a diagnózis felállítása és a kezelési terv meghatározása érdekében kerülök fekvőbeteg ellátásra. Iránydiagnózis:

.....

b) vélelmezett, ill. ismert betegségem/állapotom miatt az alábbi gyógykezelésre, illetve beavatkozásokra van szükségem, amelyet hozzájárulásom esetén a kórház elvégez:

.....
(gyógykezelések, beavatkozások megnevezése)

A tájékoztatás részeként megkaptam a „.....” számú „.....” című Betegtájékoztatót, illetve felmerülő kérdéseimre is választ kaptam.

Megerősítem, hogy jelen ismertetőn belül érthető tájékoztatást kaptam a **kezelés sürgősségéről/szükségességéről, a kezelés elmaradásának valószínű következményeiről, az előrelátható orvosi intézkedések jellegéről, lefolyásáról, terjedelméről, mértékéről, a beavatkozás lényegéről és azokról az okokról, amiért ezek orvosi szempontból előnyt jelentenek, az ezzel összefüggő, elkerülhetetlen hátrányos következményekről, lehetséges kockázatokról és szövődményekről, és veszélyekről, várható eredményekről, kilátásokról.**

A fenti kérdésre számomra érthető választ kaptam. A tájékoztatást megértve befolyástól, véleményem szerint megtévesztéstől, kényszerítől és fenyegetéstől mentesen, a kockázatokról és mellékhatásokról történő kioktatás is megismerve az alábbi nyilatkozatot teszem:

Elegendő gondolkodási idő után beleegyezem, hogy az orvosi vizsgálatokat, kezelést - rajtam az orvos elvégezze. Az előrelátható orvosi intézkedésekkel és kezelésmódokkal egyetértek. Az orvosi tájékoztatás alapján beleegyezem a szükségesnek tartott gyógyszerek, kábítószer, infúziók és más, a kezelés során szükségessé váló anyagok beadásába.

A kezelés kiterjesztéséhez és változtatásokhoz, amelyek az orvosi intézkedések alkalmazása során előre nem látható okból szükségesek vagy célszerűnek mutatkoznak, már most hozzájárulok.

Az erre vonatkozó tájékoztatás nyomán sem egyezem bele a kezelés során esetleg szükségessé váló kiterjesztések közül az alábbi(ak)ba:

.....

JAHN FERENC DÉL-PESTI KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET
BELEEGYZŐ NYILATKOZAT KÓRHÁZI FELVÉTELHEZ

Tudomásomra hozták, hogy **vértranszfúziós eljárásról**, valamint az előre ismertetett ill. a későbbiekben esetleg felmerülő **invazív jellegű beavatkozások elfogadásáról** kellő felvilágosítás nyomán külön nyilatkozatot kell tennem.

Tudomásom van arról, hogy a kórházban **egészségügyi személyzet, orvostanhallgatók és rezidensek képzése** is folyik. Beleegyezem abba, hogy kezelésemben – felelős személyek jelenlétében és azok felügyelete mellett – oktatási célból fenti személyek is részt vehessenek a törvény által előírt titoktartási kötelezettség betartásával.

Adatkezelési felhatalmazás

Hozzájárulok ahhoz, hogy a gyógykezeléssel összefüggésben keletkezett egészségügyi adataimat a gyógykezelést végző intézmény kezelje, szükség esetén pedig az esetleges orvosszakmai hiba feltárása céljából szakorvosnak vagy szakorvosi szervezetnek továbbítsa. Egészségügyi adataim kezelésére felhatalmazom továbbá a vizsgálatot végző intézmény adatfeldolgozásért felelős megbízottját.

Kijelentem, hogy módot adtak a kórház **Házirendjének** megismerésére, azt elfogadom. Kijelentem, hogy felvételemmel kapcsolatban további kérdésem nincs. Kijelentem, hogy fenti nyilatkozataim akaratommal mindenben megegyeznek, a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórházba történő felvételemhez, gyógykezeléseimhez fentiek szerint hozzájárulok, és ezt aláírással is megerősítem.

Tudomásomra hozták, amennyiben fenti beleegyezésemet a kezelés során visszavonom, vagy módosítom, új, erre vonatkozó dokumentum felvétele szükséges.

Budapest,évhónap

.....
orvos aláírása, pecsétje

.....
beteg aláírása

.....
törvényes képviselő aláírása

Beteg neve:.....

Anyja neve:.....

Lakcíme:.....

TAJ száma:.....

Törvényes képviselő neve:.....

Törvényes kapcsolat jellege:

Törvényes képviselő lakcíme:.....

TÁJÉKOZTATÓ A BETEGEK JOGAI ÉS KÖTELEZETTSÉGEI

Kedves Betegünk!

Az „Egészségügyről” szóló 1997. évi CLIV. Törvényben foglalt betegjogok és kötelezettségek maradéktalan érvényesítése céljából, továbbá a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet „Házirendje” alapvető rendelkezéseinek ismertetése érdekében, az alábbiakról tájékoztatjuk Tisztelt Betegeinket és a Hozzá tartozókat.

A törvényben meghatározott betegjogok a következők:

1. Az egészségügyi ellátáshoz való jog
2. Az emberi méltósághoz való jog
3. A kapcsolattartás joga
 - betegtársai jogainak tiszteletbetartásával és a betegellátás zavartalanságát biztosítva gyakorolhatja.
4. Az intézmény elhagyásának joga
5. A tájékoztatáshoz való jog
 - Ön jogosult egyéniesített formában magadott teljes körű tájékoztatásra, illetve annak visszautasítására.
6. Az önrendelkezéshez való jog
 - a törvényben foglaltak kivételétől eltekintve bármely egészségügyi beavatkozás elvégzésének feltétele, hogy ahhoz Ön tájékoztatáson alapuló beleegyezését adja. Előírás szerint beleegyezését szóban, írásban vagy ráutaló magatartással adhatja meg.
7. Az ellátás visszautasításának joga
 - ez a jog cselekvőképes beteget illeti meg, kivéve, ha az ellátás elmaradása életét vagy testi épségét veszélyeztetné. Életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására csak abban az esetben van lehetőség, ha Ön olyan súlyos betegségben szenved, mely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – halálhoz vezet és gyógyíthatatlan.
8. Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga
9. Az orvosi titoktartáshoz való jog
10. Értékek intézeti létbe helyezéséhez való jog

A betegek kötelezettségei

1. A kórházi rend és az egészségügyi szolgáltatás igénybevételére vonatkozó jogszabályok tiszteletbetartása.
2. Köteles az ellátásban közreműködő egészségügyi dolgozókkal együttműködni.
3. A beteg és hozzátartozói kötelesek tiszteletben tartani más betegek és az egészségügyi dolgozók törvényben foglalt jogait.

TÁJÉKOZTATÓ A BETEGEK JOGAI ÉS KÖTELEZETTSÉGEI

A betegjogok gyakorlásának módját a kórházi **HÁZIREND** szabályozza:

- | | |
|---|-------------------|
| - ébresztő, tisztálkodás, betegek fürdetése | 06.00-08.00 óráig |
| - reggeli | 08.00-08.30 óráig |
| - vizitek, vizsgálatok, kezelések, stb. | 08.30-12.00 óráig |
| - ebéd | 12.00-13.30 óráig |
| - csendes pihenő | 14.00-16.00 óráig |

Ajánlott látogatási idő:

- | | |
|-------------------|-------------------|
| - kórtermen kívül | 16.00-17.00 óráig |
| - kórtermen belül | 17.00-18.00 óráig |
| - vacsora | 17.00 órától |
| - esti vizit | 19.00 órától |
| - éjszakai pihenő | 21.00 órától |

Egy beteg egy időben legfeljebb két látogatót fogadhat.

12 éven aluli számára a kórtermen kívüli látogatás lehetőségét biztosítjuk. (folyosó, hall)

20.00 óra után látogatás az adott osztály ügyeletvezetőjének engedélyéhez kötött.

A kórház egyes osztályainak kórtermeibe látogatók nem léphetnek be.

(Az érintett osztályok bejáratainál kifüggesztettük az erre vonatkozó tájékoztatót.)

A kórház a felvétel során részletes tájékoztatást ad arra vonatkozóan, hogy a beteg az értékeit letétbe helyezheti. A kórház kizárólag a letétbe helyezett értékért tartozik felelősséggel.

Egészségügyi ellátással kapcsolatos panaszokkal a kórház főigazgatójához, igazgatóihoz, igazgató helyetteseihez, ügyeleti időben az ügyvezető főorvoshoz, az írásban erre felhatalmazott személyhez, a kórházi betegjogi képviselőhöz, az osztályvezetőhöz, azok helyetteseihez, osztályvezető főnővérekhez, ügyeletes orvosokhoz, műszakvezető nővérekhez, a kórház fenntartójához és külön jogszabályban meghatározottak szerint más szervezethez fordulhatnak.

A teljes szövegű egészségügyi törvény (1997. évi CLIV. tv.) a Magyar Közlöny 1997. december 23-i számában jelent meg

Fentieket áttanulmányoztam:

Budapest,.....

.....
Beteg/ törvényes képviselője, gondnoka, kísérője

Adatvédelmi nyilatkozatok (adatvédelmi lap 1-3)

Osztály neve:

Beteg neve:, TAJ száma:

1.A személyes adatok kezeléséhez történő hozzájárulás

Alulírott érintett beteg/törvényes képviselő (neve:)

jelen nyilatkozat keretében egyértelműen és kifejezetten hozzájárulok, hogy a jelen nyilatkozattól formailag különálló egészségügyi dokumentumban megtalálható, vagy más módon az indokolt egészségügyi szolgáltatás nyújtása céljából általam megadott személyes és egészségügyi adataimat a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet (1204. Budapest, Köves u. 1.; www.delpestikorhaz.hu, továbbiakban: Gyógyintézet) megismerje, tárolja elektronikus vagy papír alapon és egyben kezelje a számomra nyújtott egészségügyi szolgáltatások teljesítésével kapcsolatban, betartva az Információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény, az Egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény, valamint az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 Rendelete (GDPR), továbbá a Gyógyintézet saját, az adatvédelemmel összefüggő, a hatályos jogszabályoknak megfelelő belső szabályzatai rendelkezéseit. Tudomásul veszem és elfogadom továbbá, hogy fentiek szerint megjelölt személyes- és egészségügyi adataimnak a Gyógyintézet által történő kezelése, valamint az egészségbiztosító részére történő továbbítása nélkülözhetetlen az „Egészségügyről” szóló 1997. évi CLIV törvény, valamint „a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól” szóló 1997. évi LXXXIII. törvény rendelkezéseiben foglalt kötelezettségek teljesítése érdekében. Igazolom továbbá, hogy a személyes adataim kezelésével és védelmével összefüggésben, a Gyógyintézet részéről a szükséges és megfelelő tájékoztatást megkaptam és tudomásul veszem, hogy az adatvédelemmel kapcsolatos részletes szabályok a Gyógyintézet honlapján (www.delpestikorhaz.hu/adatvedelem címszó alatt) megismerhetőek.

A fentiek szerinti, személyes adataim kezelésével összefüggő nyilatkozatot elolvastam és

ELFOGADOM

NEM FOGADOM EL

Budapest, 2018.

.....
NÉV, aláírás

2. Tájékoztatási rendelkezések a kórházi felvétel kapcsán

Alulírott (beteg neve, ill. törvényes képviselő neve) kijelentem, hogy a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórházba (a továbbiakban kórház) történő felvétel kapcsán a gyógykezelés tényéről vagy az állapotom kapcsán:

a) Az érdeklődőknek a bent fekvésem tényét, és az ápoló osztályom nevét megadhatják.

b) Megtiltom, hogy a kórház a gyógykezelés tényét vagy az azzal kapcsolatos egyéb információt más előtt feltárja. Tudomásul veszem, hogy ettől a kórház gondozásom érdekében a közeli hozzátartozóim vagy a gondozásomra köteles személy (törvényes képviselő, vagy kijelölt gondnok stb.) képviselő kérésére eltekinthet.

c) A gyógykezelés tényét vagy az azzal kapcsolatos egyéb információt a kórház csak az alább felsorolt személyek előtt tárhatja fel.

.....(név, lakcím)

..... (név, lakcím)

d) A gyógykezelés tényét vagy az azzal kapcsolatos egyéb információt a kórház az alább felsorolt személyek előtt semmilyen körülmények között nem tárhatja fel.

..... (név, lakcím)

..... (név, lakcím)

e) Megtiltom, hogy a kórház a gyógykezelés tényét vagy az azzal kapcsolatos egyéb információt más előtt feltárja. Ettől a kórház csak cselekvőképtelenné válásom esetén, az alábbi személy javára térhet el.

..... (név, lakcím)

.....
Nyilatkozó aláírása/szignó

3. A joggyakorlásra való felhatalmazás, illetve az abból való kizárás

Alulírott (beteg neve, ill. törvényes képviselő neve) kijelentem, hogy a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórházba (a továbbiakban kórház) történő felvétel kapcsán a gyógykezelés tényéről vagy az állapotom kapcsán:

a) A gyógykezeléshez és beavatkozáshoz való hozzájárulás, illetve azok visszautasításának jogát helyettem **az alábbi cselekvőképes személy jogosult gyakorolni.**

..... (név, lakcím)

b) A gyógykezeléshez és beavatkozáshoz való hozzájárulás, illetve azok visszautasításának jogát **tudatzavar vagy cselekvőképességet kizáró, valamint korlátozó állapot kialakulása esetén helyettem az alábbi cselekvőképes személy jogosult gyakorolni.**

..... (név, lakcím)

c) A gyógykezeléshez és beavatkozáshoz való hozzájárulás, illetve azok visszautasításának jogát helyettem az alábbi személy/személyek **nem jogosultak gyakorolni.**

..... (név, lakcím)

..... (név, lakcím)

Budapest,évhónap

orvos aláírása, pecsétje

beteg aláírása

törvényes képviselő aláírása

Beteg neve:Anyja neve:.....

Lakcíme:TAJ száma:

Törvényes képviselő neve..... Törvényes kapcsolat jellege:.....

Törvényes képviselő lakcíme.....

**Nyilatkozat a betegazonosító karszalagról
Cselekvőképes beteg esetében**

Kijelentem, hogy a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház 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 (a megfelelő bekarikázandó)

1. Hozzájárulok, hordani fogom, benntartózkodásom alatt megőrzöm, távozáskor leadom.

2. Nem járulok hozzá, de tudomásul veszem, ha és amennyiben cselekvőképtelen állapotba kerülnék, biztonságom érdekében az intézet orvosa ezt fel fogja helyezni.

Beteg neve: Anyja neve:.....

TAJ száma:.....

Beteg aláírása:..... Tájékoztató orvos aláírása:.....

Budapest, év hó nap óra

Korlátozottan cselekvőképes beteg felvétele esetén

Fent megjelölt beteg törvényes képviselőjeként kijelentem, hogy a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház 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 (a megfelelő bekarikázandó):

1. Hozzájárulok.

2. Nem járulok hozzá, de tudomásul veszem, ha és amennyiben a beteg cselekvőképtelen állapotba kerül, biztonsága érdekében az intézet orvosa ezt fel fogja helyezni.

Törvényes képviselő neve: aláírása:

Képviselő jellege (rokon, gyám, egyéb):

Budapest, év hó nap óra