

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 háttérben 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 szükségessé 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:.....