



Általános beleegyező nyilatkozat a kórházi felvételhez, kezeléshez

Beteg neve:.....

Anyja neve:.....

Születési idő:

Lakcím:.....

Ezen nyilatkozat aláírásával beleegyezésemet adom, hogy felvételre kerüljek a Veszprém Megyei Tüdőgyógyintézet osztályára. **Amennyiben a tervezett kórházi kezelésem többszöri felvételt igényel, úgy ezen általános beleegyező nyilatkozatomat a kezelés befejezéséig érvényesnek tekintem.**

Beleegyzem, hogy kórházi tartózkodásom alatt a diagnózis megállapításához vagy annak pontosításához, valamint a gyógykezelésemhez szükséges **diagnosztikai vizsgálatokat és terápiás eljárásokat az orvos elvégezze. Az előrelátható orvosi intézkedésekkel és kezelésmódokkal egyetértek. Beleegyzem a szükségesnek tartott gyógyszerek, kábítószer, infúziók és más, a kezelés során szükségessé váló anyagok beadásába.**

Tudomásul veszem, hogy minden magas kockázattal járó diagnosztikus, vagy terápiás beavatkozás esetén külön beleegyező nyilatkozatot kell megismernem és aláírnom.

Tudomásul veszem, hogy a szakszerű kivizsgálás esetén előfordulhatnak előre nem látható szövődmények amelyek egészségi állapotomat a várható gyógyulás időtartamot kedvezőtlenül befolyásolhatják.

Tudomásul veszem, hogy a rám vonatkozó egészségügyi és személyazonosító adatokat megismerhetem, dokumentációmba betekinthelek, orvosi irataimról költségmentesen másolatot kaphatok, mindezek a jogok az általam megjelölt személyeket is megilletik.

Kijelentem, hogy tájékoztatást kaptam az intézetben működő betegjogi képviselő személyéről és elérhetőségéről.

Kijelentem, hogy kezelőorvosom gyógykezeléssel, betegségemmel kapcsolatban teljes körűen tájékoztatott. Tudomásul veszem, hogy a javasolt vizsgálatokat és kezeléseket bármikor elutasíthatom. Az emiatt bekövetkező állapotrosszabbodásért egyéb hátrányos következményekért minden felelősség engem terhel.



Tájékoztatási rendelkezések a kórházi felvétel kapcsán

Az érdeklődőknek a bentfekvésem tényét, és az ápoló osztályom nevét:

megadhatják

nem adhatják meg

Megtiltom, hogy az intézet a gyógykezelés tényét vagy az azzal kapcsolatos egyéb információt más előtt feltárja. Tudomásul veszem, hogy az Intézet ettől eltekinthet, ha a törvény elrendeli, mások életének, testi épségének és egészségének védelme szükségessé teszi illetve további ápolásomat, gondozásomat végző személlyel közölni lehet azokat az egészségügyi adatokat, amelyek ismeretének hiánya egészségi állapotomnak károsodásához vezethet.

A betegségem természetével kapcsolatos tájékoztatásról lemondok

A betegségem részleteiről tájékoztassák / helyettem tájékoztassák

.....(név, lakcím)

Az alább megnevezett személyek mindennemű tájékoztatását megtiltom:

.....
(a megfelelő részt x-el jelölni szíveskedjék)

A joggyakorlásra való felhatalmazás

Kijelentem, hogy a Veszprém Megyei Tüdőgyógyintézetbe történő felvétel kapcsán a gyógykezelés tényéről vagy az állapotom kapcsán a gyógykezeléshez, illetve beavatkozáshoz való hozzájárulás jogát cselekvőképtelenségem esetén helyettem **törvényes képviselőm / alábbi cselekvőképes személy jogosult gyakorolni.**

.....(név, lakcím)

A fenti tájékoztatást megértettem, tudomásul veszem és magamra nézve kötelezően elfogadom. Kellő idő állt rendelkezésemre, hogy a fentiek elfogadásáról szabadon dönthessek.

Kijelentem, hogy felvételemmel kapcsolatban további kérdésem nincs. Kijelentem, hogy fenti nyilatkozataim akaratommal mindenben megegyeznek, a Veszprém Megyei Tüdőgyógyintézetbe történő felvételemhez, gyógykezeléseimhez fentiek szerint hozzájárulok, és ezt aláírással is megerősítem.

Farkasgyepű, 20....évhónap

..... felvevő orvos aláírása, Ph. beteg aláírása törvényes képviselő aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

Tanú (név, lakcím):

Tanú (név, lakcím):