



FARKASGYEPŰI TÜDŐGYÓGYINTÉZET

H-8582 Farkasgyepű

049/2 hrsz.

Központi telefon: +36 (89) 358-013, Titkárság: +36 (89) 358-001

Fax: +36 (89) 358-088

E-mail: igazgatas@farkasgyepukorhaz.hu

Általános beleegyező nyilatkozat a kórházi felvételhez, kezeléshez

Beteg neve:.....

Anyja neve:.....

Születési idő:

Lakcím:.....

Ezen nyilatkozat aláírásával beleegyezésemet adom, hogy felvételre kerüljek a Farkasgyepői 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, kábítószeres, 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 aláírom.

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

Beleegyzem, hogy személyi (személyes) adataimat és egészségügyi adataimat a kórház a vonatkozó nemzeti és uniós jogszabályok betartásával kezelje. * (Az adatkezelés célja: diagnosztika és gyógykezelés; Az adatkezelés jogalapja: a GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) pontja (az adatkezelés az adatkezelőre vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges), továbbá többek között az Eütv. 136. §-a, valamint az Eüak.: 9. §-a; A kezelt adatok köre: személyes és egészségügyi adatok; A kezelt adatok tárolási ideje: jogszabályban meghatározott időtartam, zárójelentés esetében 50 év; Az adatkezelés módja: papíralapú és elektronikus).

Tudomásul veszem, hogy a rám vonatkozó egészségügyi és személyazonosító adatokat megismerhetem, dokumentációmba betekinthelek, orvosi irataimról – első alkalommal díjmentesen, ezt követően térítési díj ellenében a saját költségemre - másolatot kaphatok, és az általam írásban felhatalmazott személyek is. Tudomással bírok arról, hogy a kórházi vizsgálatok kapcsán kiállított egészségügyi dokumentációk (beleértve a zárójelentést is) az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT, <https://e-egeszsegugy.gov.hu/>) rendszerben is megtekinthetem, letölthetem.



FARKASGYEPŰI TÜDŐGYÓGYINTÉZET

H-8582 Farkasgyepű

049/2 hrsz.

Központi telefon: +36 (89) 358-013, Titkárság: +36 (89) 358-001

Fax: +36 (89) 358-088

E-mail: igazgatas@farkasgyepukorhaz.hu

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

Kijelentem, hogy kezelőorvosom gyógykezeléssel, betegséggel 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)



FARKASGYEPŐI TÜDŐGYÓGYINTÉZET

H-8582 Farkasgyepű

049/2 hrsz.

Központi telefon: +36 (89) 358-013, Titkárság: +36 (89) 358-001

Fax: +36 (89) 358-088

E-mail: igazgatas@farkasgyepukorhaz.hu

A joggyakorlásra való felhatalmazás

Kijelentem, hogy a Farkasgyepői 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 Farkasgyepői Tüdőgyógyintézetbe történő felvételemhez, gyógykezeléseimhez fentiek szerint hozzájárulok, és ezt aláírással is megerősítem.

Farkasgyepű, 20....évhónap

.....
felvevő orvos aláírása, Ph.

.....
beteg aláírása

.....
törvényes képviselő
aláírás

Előttünk, mint tanúk előtt:

Tanú (név, lakcím, aláírás):

Tanú (név, lakcím, aláírás):

* Jogsabályok:

- Az Európa Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendelete a természetes személyeknek s személyes adatok tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46 EK irányelv hatályon kívül helyezéséről (általános adatvédelmi rendelet, hatályos: 2018. május 25-től és közvetlenül alkalmazandó). (GDPR)
- 2011. évi CXII. törvény az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról (Infotv.)
- 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről (Eüak.)
- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (Eütv.)