

# ÁLTALÁNOS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Beteg neve: {KEZ\_OSZT}

Születési hely, év, hó, nap: {JELENTO}, {TORZSSZAM}

Taj szám: {LEANYNEV}

Nyilatkozattételre jogosult személy: .....

Kezelőorvosom Dr. .... személyes megbeszélés alkalmával részletes és személyre szabott tájékoztatott:

- a) egészségi állapotomról,
- b) a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról,
- c) a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól,
- d) a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjairól,
- e) döntési jogomról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében,
- f) a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről,
- g) az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről,
- h) a további ellátásokról, valamint
- i) a javasolt életmódról.

Jelen beleegyző nyilatkozathoz tartozó szóbeli betegtájékoztatót megértettem és tudomásul vettem.

A magyarázatokat megértettem, az ezzel kapcsolatos kérdéseimre kielégítő válaszokat kaptam, a körülményekhez képest kellő idő állt rendelkezésemre, hogy szabadon eldöntsem, milyen gyógymódot/terápiát válasszak.

Kezelőorvosom folyamatosan fog állapotomról, illetve annak változásáról megfelelő felvilágosítást adni. Tudomásul veszem, hogy a jelen tájékoztatás során és azt követően is jogom van további kérdésre.

## A tájékoztatás eredményeként:

Megismertem az ellátásban közvetlenül közreműködő személyek nevét, beosztását.

Az egészségügyi intézmény házirendjét megismertem, az abban foglaltak betartásában együttműködöm az egészségügyi intézmény dolgozóival. A hozzátartozómmal való kapcsolattartás jogáról tájékoztattak, így azokat megismertem.

Az ellátás ideje alatt az orvosi előírásokat betartom, különös tekintettel a kórházi diétára vonatkozó előírásokat, valamint a korábbi gyógyszereimet csak az orvos előzetes tájékoztatása és utasítása után szedem be.

Felvilágosítást kaptam arról is, hogy jogomban áll az ellátást visszautasítani, helyette más eljárást kérni.

Tudomásul veszem, hogy e döntést szabad akaratból tehetem, ezért a vizsgáló/kezelőorvosomat illetve az ellátó intézményt felelősség nem terheli, mert a kellő tájékoztatást megadta a következmények vonatkozásában, valamint ezzel esetlegesen nehezítem a gyógyításom, illetve a diagnózisom pontos feltárását. Nem utasíthatok vissza ellátást, ha azzal mások egészségét vagy testi épségét veszélyeztetem. Amennyiben az ellátás elmaradása esetén egészségi állapotomban várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be, csak közokiratban (közjegyző által hitelesített) vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban (kézzel írt és aláírt, vagy géppel írt és két tanú által hitelesített) utasíthatom vissza az ellátást.

Tájékoztatót kaptam arról, hogy a rólam készült dokumentációba betekinthelek, arról írásos kérésemre – a másolási díj megtérítése ellenében – másolatot kaphatok.

Jogomban áll – az erre vonatkozó nyilatkozat kitöltésével – megjelölni azt a személyt/személyeket, akiket az állapotommal kapcsolatban kezelőorvosom tájékoztathat, illetőleg megjelölni azt a személyt /személyeket, akik állapotomról, kezeléséről tájékoztatást nem kaphatnak.

Az egészségügyi intézményt bármikor elhagyhatom, erre vonatkozó szándékomat távozásom előtt kezelőorvosomnak írásban tett nyilatkozattal köteles vagyok előre jelezni.

Tájékoztatást kaptam arról is, hogy az egészségügyi ellátással kapcsolatban panasszal az intézmény vezetőjéhez fordulhatok, jogaim megismerésében és érvényesítésében a betegjogi képviselő nyújt segítséget:

**Betegjogi képviselő elérhetősége:**

Dr. Borbély Emőke

Fogadóóra helye, időpontja:

Karolina Kórház – Rendelőintézet, Régi Várház tér 2-4.

Telefonon előre egyeztetett időpontban

Email: emoke.borbely@ijb.emmi.gov.hu

Tel: 0620/48-99-554

melyen elérhető:

hétfőtől-csütörtökig 8:00-16:30 között

pénteken 8:00-14:00

Hozzájárulásomat **adom /nem adom** (nemleges válasz esetén aláhúzendő), hogy a betegazonosító karszalagon nevemet és születési hónapomat, TAJ számomat feltüntessék.

Tájékoztatjuk, hogy az osztály területén belül kamerarendszer működik, ezáltal hozzájárulok a felvétel készítéséhez.

Tájékoztatottam arról, hogy az adott beavatkozás kapcsán lehetőségem van ezen általános beleegyezés visszavonására (kezelőorvos részére, a beteg vagy törvényes képviselője, két tanú jelenlétében nyilatkozhat a visszavonásról).

Mosonmagyaróvár, {VAROS}

.....  
kezelő/vizsgáló orvos  
PH.

.....  
nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

Nem járulok hozzá a fent felsoroltakhoz:

.....  
nyilatkozattételre jogosult személy aláírása