

KAROLINA KÓRHÁZ

Mosonmagyaróvár, Régi Vámház tér 2 - 4.

9200 Mosonmagyaróvár, Pf. 120.

Tel.: 96/574-600 Fax: 96/574-793

Nyilatkozat

egynapos sebészeti ellátás műtéti feltételeinek teljesüléséről

Alulírott {KEZ_OSZT} kezelőorvos nyilatkozom, hogy az egynapos sebészeti ellátást igénybe venni kívánó alul nyilatkozó beteg, figyelemmel az egynapos sebészeti és a kúraszerűen elvégezhető ellátások szakmai feltételiről szóló 16/2002 (XII.12.) EszCsM rendelet 2. §.(2) bekezdés a-b) pontjára:

- Általános állapota jó, legfeljebb olyan enyhe rendszerbetegsége van funkcionális kiesés nélkül, amely miatt nem igényli a műtét utáni szoros megfigyelést; és
- Várhatóan a műtét alatti vérvesztése miatt vérátömlesztést nem igényel, és a műtét utáni fájdalma várhatóan minimális lesz.

Mosonmagyaróvár, {ORVOS_BEOSZT}

kezelőorvos

Beleegyező nyilatkozat

egynapos sebészeti ellátáshoz

Alulírott {TORZSSZAM} (név) {TAJ} (szül.év,hó,nap) {ORVOS_BEOSZT} (A.n.) {IRSZ} {VAROS} {CIM} (Lakcím) TAJ szám: {CIM}, mint beteg, gyermek, illetve törvényes képviselője (a továbbiakban: beteg) a beavatkozással kapcsolatosan a következő nyilatkozatot teszem, figyelemmel az egynapos sebészeti és a kúraszerűen elvégezhető ellátások szakmai feltételiről szóló 16/2002 (XII.12.) EszCsM rendelet 2. §.(2) bekezdés d) pontjára:

- önellátásra képes vagyok, illetve az általam képviselt gyermek, beteg esetében az otthoni gondozás biztosított, illetve a gondozásra kötelezettséget vállalok,
- lakás- és higiénés körülményeim megfelelőek, azt magam és a beteg részére biztosítani tudom, a sebészeti beavatkozást követő elbocsátásra is tekintettel,
- a sebészeti beavatkozást követően saját illetve az általam képviselt beteg tartózkodási helyéről az ellátó egészségügyi intézmény személygépkocsival (mentővel) - átlagos forgalmat figyelembe véve - 30 perc alatt elérhető,
- a tartózkodási helyemen, az általam képviselt beteg tartózkodási helyén telefon biztosított,
- mind a saját, mind az általam képviselt beteg hazaszállításkor és a tartózkodási helyén a műtétet követő éjszakán a felügyelet, valamint szükség esetén a megfelelő egészségügyi ellátáshoz jutás lehetősége biztosított, illetve a beteg felügyeletéről, ellátásáról gondoskodom,
- hozzájárulok hogy rajtam illetve az általam képviselt betegen történő műtét egynapos sebészeti ellátás formájában történő elvégzéséhez.
- Az egynapos sebészeti ellátásról szóló betegtájékoztatót megkaptam.

A fentieket megértettem és tudomásul vettem. Egyúttal kijelentem hogy a valóságnak nem megfelelő nyilatkozattal összefüggésben felmerült egészségügyi problémák tekintetében a beavatkozást végző intézmény felelősséggel nem tartozik.

Jelen beleegyező nyilatkozat az egészségügyről szóló 1997. CLIV. tv. 15-16. §-ában foglalt beleegyező nyilatkozattal együttesen érvényes.

Mosonmagyaróvár, {CIM} napján

Beteg/törvényes képviselője