



KAZINCBARCIKAI KÓRHÁZ

3700 Kazincbarcika, Május 1 út 56.

Adószám: 15846413-2-05

I. számú melléklet

ÁLTALÁNOS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Név:.....

Születési idő:.....TAJ:

Tisztelt Betegünk!

1. A jelen nyilatkozatot aláírás előtt szíveskedjék körültekintően átolvasni, szükség esetén kérje kezelőorvosa segítségét.

Alulírott, fent nevezett személy ügyeim viteléhez belátási képességem, cselekvőképességem teljes birtokában, szabad akaratomból, minden kényszertől és befolyástól mentesen kijelentem és aláírásommal igazolom, hogy a kezelő orvos által állapotomról adott, általam teljes körűnek elismert tájékoztatást megértettem.

Betegségem gyógykezelése céljából az intézmény, mint egészségügyi szolgáltató által tervezett kezeléshez, orvosi beavatkozáshoz, műtéthez

beleegyezésemet teljes körűen megadom, s kérem azok elvégzését.

2. A fenti nyilatkozatot az alábbi tájékoztatás ismeretében teszem:

A kezelőorvostól kapott általam igényelt és értett megfelelő tájékoztatás alapján megértettem betegségem természetét, melyről személyes megbeszélés alkalmával részletesen és személyre szabottan tájékoztatott:

- egészségi állapotomról, beleértve ennek orvosi megítélését is,
- a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról,
- a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól,
- a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjairól,
- döntési jogomról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében,

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. Bizonyos vizsgálatok és eljárások tervezése esetén külön beleegyző nyilatkozat szükséges.

3. Tudomásul veszem, hogy gyógykezelésem alatt megnevezhetek olyan cselekvőképes személyeket, akiket kórházi tartózkodásomról és egészségi állapotomról **tájékoztatni lehet** személyesen vagy telefonon.

Név: Név:

Rokonsági fok: Rokonsági fok:

Lakcím: Lakcím:

Telefonszám: Telefonszám:



3700 Kazincbarcika,
Május 1 út 56.



info@barcikakorhaz.hu
www.barcikakorhaz.hu



Tel: +36 48 514-800
Fax: +36 48 514-861



KAZINCBARCIKAI KÓRHÁZ

3700 Kazincbarcika, Május 1 út 56.

Adószám: 15846413-2-05

Meghatározhatom azon személyek körét, akik részére az állapotommal kapcsolatos tájékoztatás nem adható.

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképes kiskorú, illetve a cselekvőképességében bármelyik ügycsoport tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén **törvényes képviselő adatai:**

Név, szül. hely, szül. idő, anyja neve, lakcím:

.....

.....

4. A tájékoztatás eredményeként:

1. Megismertem az ellátásban közvetlenül közreműködő személyek nevét, szakképesítését és beosztását.
2. Az egészségügyi intézmény házirendjét megismertem, az abban foglaltak betartásában együttműködöm az egészségügyi intézmény dolgozóival. A hozzátartozómmal való kapcsolattartás jogáról tájékoztattak, így azokat megismertem. Ajánlott látogatási idő: minden nap 14 és 18 óra között. **Az osztályt dohányzás céljából csak saját felelősségre és írásos engedéllyel lehet elhagyni!**
3. Az egészségügyi intézményt bármikor elhagyhatom, erre vonatkozó szándékomat távozásom előtt kezelőorvosomnak tett nyilatkozattal köteles vagyok előre jelezni.
4. Tájékoztatót kaptam arról is, hogy az egészségügyi ellátással kapcsolatban panasszal az intézmény vezetőjéhez fordulhatok, jogaim megismerésében és érvényesítésében a betegjogi képviselő nyújt segítséget.
5. Tudomásul veszem, hogy jogom van a tervezett vizsgálat, beavatkozás, műtét elkezdéséig a beleegyező nyilatkozatomat visszavonni (írásban két tanú jelenlétében). Ez esetben a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért illetve a gyógyeredmény alakulásáért orvosaimat és a kórházat felelősség nem terheli.

Tudomásul veszem, hogy a kórházba behozott és az ágy mellett található értékekért felelősséget nem vállal a kórház. Értékeimet az osztályon biztosított trezorban elhelyezhetem értékleltárt követően.

Személyes iratok:

- személyigazolvány:
- TAJ kártya:
- lakcím kártya:
- egyéb iratok (útlevel, EU kártya)
- nincs személyes irat

Karszalag felhelyezésébe: beleegyezem

nem egyezem bele

Kazincbarcika,év.....hónap.....nap

.....

.....

beteg aláírása

kiskorú vagy cselekvőképességet érintő

gondnokság alatt álló beteg esetében a törvényes képviselő aláírása



3700 Kazincbarcika,
Május 1 út 56.



info@barcikakorhaz.hu
www.barcikakorhaz.hu



Tel: +36 48 514-800
Fax: +36 48 514-861