

Általános beleegyező nyilatkozat

1. Az egészségügyi ellátást igénybe vevő neve:

.....

TAJ száma:

Anyja neve:

Lakcíme:

.....

2. A beutalás/felvétel indoka:

.....

.....

3. Alulírott kijelentem, hogy egészségi állapotommal kapcsolatos egészségügyi ellátásokhoz hozzájárulok.

Kezelőorvosom, Dr.....
személyes megbeszélés alkalmával részletesen és személyre szabottan tájékoztatott:

- a) egészségi állapotomról, beleértve annak orvosi megítélését is,
- b) a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról,
- c) a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről, 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 beleegyező nyilatkozathoz tartozó szóbeli és írásbeli tájékoztatást megértettem és tudomásul vettem.

A magyarázatokat megértettem, az ezzel kapcsolatos kérdéseimre megfelelő válaszokat kaptam és kellő idő állt rendelkezésemre, hogy szabadon eldöntsem, melyik vizsgálatot/beavatkozást válasszam. Tudomásom van róla, hogy az ellátás bármelyik fázisában további kérdéseket feltehetek és lehetőségem van beleegyezésem visszavonására.

Tájékoztatottak, hogy az invazív¹ beavatkozások esetén, - a kezelőorvos tájékoztatását követően - külön beleegyező nyilatkozaton kéri hozzájárulásomat.

4. Az egészségügyi ellátás ideje alatt az orvosi előírásokat, valamint az egészségügyi intézmény házirendjét betartom.

A házirendet a/az találok.

5. Tájékoztatást kaptam arról, hogy az ellátásom során megismerhetem az ellátásomban közvetlenül közreműködő személyek nevét, beosztását.

Tudomásul veszem, hogy az egészségügyi ellátás során az egészségügyi oktatási intézmény hallgatói az ellátásomban részt vehetnek, az ellátásom során jelen lehetnek.²

Ebbe beleegyezem

Ebbe nem egyezem bele /A megfelelő rész aláhúzendó és aláírandó /

6. Egészségügyi dokumentációba való betekintés, valamint hozzátartozó tájékoztatása:

Tájékoztatást kaptam arról, hogy az egészségügyi ellátásom során keletkezett egészségügyi dokumentációmba betekinthelek, valamint azokról kivonatot vagy másolatot készíthetek, vagy – saját költségemre – másolatot kaphatok.

Tudomásul vettem, hogy megjelölhetem azt a személyt vagy személyeket, akik állapotomról, kezeléséről tájékoztatást kaphatnak, valamint azokat is, akik nem kaphatnak.

Az alábbiakban megnevezetteket a gyógykezelésem tényéről, az azzal kapcsolatos egyéb információkról és egészségi állapotomról teljes körűen tájékoztathatják:

.....

Az alábbiakban megnevezetteket a fentiekről kérésük ellenére sem tájékoztathatják:

.....

7. A beteg általi tájékoztatás:

A szükséges tájékoztatást megadtam minden, - általam ismert - korábbi betegségeimről, gyógykezeléseimről, gyógyszer vagy gyógyhatású készítmény szedéséről, egészségkárosító,

¹Invazív beavatkozás: a beteg testébe bőrön, nyálkahártyán vagy testnyíláson keresztül behatoló fizikai beavatkozás, ide nem értve a beteg számára szakmai szempontból elhanyagolható kockázatot jelentő beavatkozásokat.

²Ez a nyilatkozat abban az esetben szükséges, amennyiben az egészségügyi intézményen belül oktatási tevékenységet folytatnak.

kockázati tényezőkről. Tudomásom van arról, hogy e tájékoztatás elmaradása vagy annak hiányossága esetén veszélyeztethetem saját magam, betegtársaim, illetve az ellátásomban közreműködők egészségét.

Az egészségügyi ellátással kapcsolatban korábban tett jognyilatkozataimról a következők szerint nyilatkozom³:

.....
.....
.....

8. Ellátás visszautasításának lehetőségei:

Felvilágosítást kaptam az ellátás visszautasításának lehetőségéről.

Tájékoztattak arról, hogy - amennyiben erre orvos-szakmai szempontból, valamint az egészségügyi intézményben erre lehetőség van - **más gyógyító eljárást is igénybe vehetek.**

Tudomásul veszem, hogy nem utasíthatom vissza az ellátásomat, amennyiben azzal mások egészségét vagy testi épségét veszélyeztetem.

Tudomásul veszem, hogy **amennyiben az ellátás elmaradása egészségi állapotomban várhatóan súlyos vagy maradandó egészségkárosodással fenyeget, úgy az ellátást csak közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban utasíthatom vissza.**⁴

9. Egészségügyi intézmény elhagyása:

Amennyiben a gyógyintézetet bejelentés nélkül hagyom el, a kezelőorvosom ezt az egészségügyi dokumentációmban feltünteti.⁵

Az egészségügyi intézményből történő elbocsátásról, valamint annak menetéről előzetesen, - lehetőség szerint - 24 órával megelőzően tájékoztatnak.

10. Betegazonosítás:

³ Például: országos transzplantációs nyilvántartásba tett tiltó nyilatkozat, élő végrendelet, helyettes döntéshozóról történő nyilatkozat.

⁴ A polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény 195-196 §-aiban leírt okiratok, így például esetünkben teljes bizonyító erejű magánokirat lehet: a) saját kezűleg írt és aláírt, b) két tanú által aláírt, c) bíróság, közjegyző vagy ügyvéd által hitelesített okirat. Közokirat itt: a bíróság vagy közjegyző által kiállított okirat.

⁵ Amennyiben cselekvőképtelen beteg hagyja el a gyógyintézetet - ide nem értve a cselekvőképtelen állapotban lévő beteget - úgy ennek tényéről a kezelőorvos értesíti a beteg törvényes képviselőjét.

Tájékoztatást kaptam, hogy az intézményben betegazonosítási rendszert működtetnek. Ez a rendszer ellenőrizhetővé teszi, hogy valóban rajtam végezzék el a szükséges vizsgálatot, beavatkozást. Karszalagot/karkötőt alkalmaznak, amelyet kényelmesen viselhetek.

Minden karkötőn/karszalagon szerepel egy egyedi kód, és/vagy a nevem kezdőbetűi+a TAJ számom utolsó négy számjegye. Az egyedi kódot kizárólag az engem ellátó, kezelő személyzet tudja azonosítani. Így, a személyes és egészségügyi adataimat az egészségügyi személyzeten kívül illetéktelenek nem ismerhetik meg.

A személyazonosító karkötő/karszalag használata rám nézve kötelező. Elfogadásomat a beleegyező nyilatkozatban aláírással rögzítem.

Amennyiben elutasítom, azt kizárólag két tanú jelenlétében írásban tehetem meg.

Az alábbiakban minden esetben szükséges és indokolt a beteg azonosítóval való ellátása:

- eszméletlen betegnél
- kommunikációra képtelen
- önrendelkezésre bármilyen egészségügyi vagy egyéb okból képtelen betegnél
- szülő nélkül érkező kiskorú személynél
- átmeneti öntudatlanságot okozó vizsgálatnál vagy beavatkozásnál
- ha a kezelőorvos úgy ítéli meg, hogy az elkóborlás, a veszélyeztető magatartás lehetősége fennáll.

11. Egyéb, osztály-specifikusan elrendelt szabályozások:

Tájékoztatottak, hogy egyes osztályokon, - ellátási, valamint közegészségügyi érdekből - speciális szabályokat állapíthatnak meg, amelyekről az intézményi-, vagy az osztály-specifikus házirendben tájékozódhatok.

Kelt:(hely).....(év).....(hó).....(nap)

.....

Kezelőorvos

p.h.

.....

Ellátást igénybevevő

(szülő/törvényes képviselő)

Amennyiben a nyilatkozatok megtételére olyan személy jogosult, aki nem a szülő vagy e személy törvényes képviselője, úgy csak ezen fél aláírása szükséges, azonban az erre feljogosító közokiratot vagy teljes bizonyító erejű magánokiratot a jelen nyilatkozathoz csatolni kell.