

ADATKEZELÉssel ÉS Általános BELEEGYEZÉssel KAPCSOLATOS BETEGTÁJÉKOZTATÓ

Beteg neve :
TAJ :
Diagnózis :

Születési dátuma :
Anyja neve :

Tisztelt Betegünk! Tájékoztatni kívánjuk arról, hogy a betegszobákban elhelyezett *Házirend és betegtájékoztató* részletes információt nyújt az Önt megillető jogokról, a betegjogok gyakorlásának módjáról, az általunk elvárt együttműködésről, a fekvőbeteg osztályok napirendjéről, előírt kötelező magatartási szabályokról, valamint a kórházi kiegészítő szolgáltatásokról.

A szolgáltatásunkat igénybevevő személyek a személyes és egészségügyi adatait az *Egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. és az Az információs önrendelkezési jogról és az információk szabadságáról szóló 2011. évi CXII. törvénynek az Európai Unió adatvédelmi reformjával összefüggő módosításáról szóló 2018. évi XXXVIII. törvény* alapján kezeljük.

A törvény értelmében Ön megjelölheti: azon hozzátartozóját, akinek a gyógykezelésével kapcsolatban mindenről tájékoztatást adhatunk, aki a dokumentációba betekinthet, illetve arról térítés ellenében fénymásolatot készíthet.

Kórházi tartózkodásom tényéről felvilágosítás adható / nem adható.

Kérem, hogy állapotomról és gyógykezelésemről NE adjanak tájékoztatást:

Név:..... rokonsági fok:.....

Gyógykezeléssel kapcsolatban minden adatról tájékoztatást kaphat:

Név:..... rokonsági fok:.....

A kórházba kerülésem tényéről, egészségi állapotomban bekövetkezett jelentős változásról, más intézetbe történő elhelyezésemről értesítést kérem:

Név:..... rokonsági fok:.....

Helyettem nyilatkozattételre feljogosítom / nem jogosítok fel senkit.

Név:..... rokonsági fok:.....

***Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Ezért a döntéseket a kezelőorvosomra bízom.**

(Ezt a nyilatkozatot – elfogadás esetén – kézírásával megismételten leírva, majd aláírva az okirat végén kérjük, erősítse meg. E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondása érvénytelen.)

***Sajátkezű megerősítő nyilatkozat:**

Intézményünkben a betegek gyógykezelése többágyas kórteremben, a kórházi vizitrendek alapján történik.

A betegek az Egészségügyi törvényben biztosított jogait - betegtársak tiszteletben tartásával, a betegellátás zavartalanságának szem előtt tartásával, az egészségügyi dolgozók törvényben biztosított jogait nem sértve gyakorolhatják.

Abban az esetben, ha a fenti előírt magatartási szabályokat megsérti, úgy állapotánál figyelembe vételével Intézményünk azonnali elhagyására kérjük meg. Amennyiben a kifejezett utasításokat, javaslatokat nem tartja be, úgy az ebből származó hátrányokért, esetleges problémákért az Intézmény nem tud felelősséget vállalni. Felhívjuk figyelmét, hogy a betegek biztonsága és egészségvédelme érdekében **kórházunk területén TILOS a dohányzás!** Kérjük, hogy környezetünk védelmét se hagyják figyelmen kívül, segítsék a szelektív hulladékgyűjtési tevékenységet és az erről történő tájékoztatást követően e szerint szíveskedjenek eljárni! Az Ön által Intézményünkbe behozott gyógyszert kizárólag saját felelősségre alkalmazhatja, hasonlóan a behozott élelmiszerekhez, melynek előírás szerinti hűtéséről gondoskodunk, de az elfogyasztás esetén felmerülő problémákért felelősséget nem áll módunkban vállalni.

Tájékoztatjuk Önt, hogy a gyógykezelés során általános laboratóriumi, röntgen diagnosztikai vizsgálatok, terápiás eljárások válnak szükségessé. Egyéb eszközös beavatkozások, terápiás tevékenységek előtt kezelőorvosától részletes tájékoztatást kap, melynek tudomásulvételét aláírásával kell megerősíteni. A fentiek tudomásul vettem.

Beleegyezem, hogy a gyógykezelésemhez szükséges általános laboratóriumi és röntgen vizsgálatokat, valamint terápiás beavatkozásokat elvégezzék.

.....
felvevő/kezelő orvos

.....
beteg/törvényes képviselője aláírása

Az aláírás hitelességét igazolom:

1. Tanú:
Lakcím:

2. Tanú:
Lakcím:

Kaposvár,

Valamint a kezelőorvosom által ismertetett gyógykezelési és ellátási tervet elfogadom.

.....
kezelő orvos

.....
beteg/törvényes képviselője aláírása

Visszautasító nyilatkozat:

Döntésemet annak tudatában hozom, hogy jelenlegi egészségügyi állapotomról felvilágosítást kaptam, a javasolt kezelések elmaradásából várható egészségügyi károsodás veszélyeivel tisztában vagyok. Mindezek ismeretében felelősségem teljes tudatában aláírásommal igazolom, hogy az ellátást saját akaratomból visszautasítom.

.....
felvevő/kezelő orvos

.....
beteg/törvényes képviselője aláírása

Az aláírás hitelességét igazolom:

1.Tanú:.....

2.Tanú:.....

Lakcím:.....

Lakcím:.....

.....

.....

A kívánt rész aláhúzendő!

