

ÁLTALÁNOS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT KÓRHÁZI/INTÉZETI KEZELÉSBE

Beteg neve:

Azonosító:

1. Ezen nyilatkozat aláírásával beleegyezésemet adom, hogy felvételre kerüljek az Országos Onkológiai Intézet osztályára.
Amennyiben a kórházi kezelés a protokoll szerint ugyanazon osztályon többszöri felvételt igényel, úgy ezen Általános Beleegyző Nyilatkozat aláírása a kezelés befejezéséig érvényes.
2. Kötelezem magam, hogy az osztály folyosóján kifüggesztett Házirendet mielőbb elolvasom és az abban foglaltakat betartom. Tudomásul veszem, hogy gyógykezelésem alatt az osztály, illetve a kórház területét csak orvosi engedéllyel hagyhatom el. A fentiek megszegése miatti minden következmény engem terhel.
3. Kérem, és ezért beleegyezem, hogy kórházi tartózkodásom alatt a kórisme megállapításához, vagy annak pontosításához, a kezelés eredményének nyomon követéséhez szükséges adatfelvételt és rutinvizsgálatokat (orvosi betegvizsgálat, vérvétel és más laborvizsgálatok, EKG, röntgen, ultrahang, stb.) elvégezzék.
4. Kérem, és ezért beleegyezem, hogy újonnan megállapított/valószínűsített, valamint korábbról már ismert betegségeim gyógyítása érdekében kezelőorvosaim a szakma szabályainak megfelelő gyógyszeres és nem gyógyszeres kezelést alkalmazzák.
5. Tudomásul veszem, hogy szakszerű kivizsgálás esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények (pl. gyógyszerallergia), amelyek egészségi állapotomat, a várható gyógyeredményt és -tartamot kedvezőtlenül befolyásolhatják. Az egészségügyi személyzetet az előre nem látható szövődményekért felelősség nem terheli mindaddig, amíg a szakma szabályai szerint jártak el.
6. Beleegyezem, hogy kivizsgálásom és kezelése során az észlelt elváltozásokról szakmai indokból fénykép-, vagy vidofelvételek készüljenek azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhetővé.
7. Tudomásul veszem, hogy minden magas kockázattal járó műtéti, diagnosztikus, vagy terápiás beavatkozás (pl. CT, MRI, tükrözés, kontrasztanyag röntgenvizsgálatok, sugárterápia, kemoterápia, transzfúzió stb.) esetén külön beleegyző/elutasító nyilatkozatot kell megismernem és aláírnom.
8. Beleegyezem, hogy a tőlem levett vizsgálati anyagokból kutatási célból is vizsgálatokat végezzenek és a vizsgálatok és a kezelések során a kezelő orvosomon kívül az Intézettel kapcsolatban álló egészségügyi személyzet is jelen lehet.
9. Beleegyezem, hogy a betegellátás során az Országos Onkológiai Intézet tudomására jutott valamennyi betegadatom - anonimizált formában - tudományos, kutatási, illetve statisztikai célra felhasználásra kerüljön.
10. Tudomással bírok arról, hogy megismerhetem a rám vonatkozó egészségügyi adatokat, dokumentációmba betekinthetek, orvosi irataimról saját költségemre másolatot kaphatok. Mindezek a jogok megilletik az általam megjelölt személyeket is.

11. Az osztályon bekövetkező esetleges halálom esetén is az általam megjelölt személyek jogosultak a rám vonatkozó egészségügyi adatokat megismerni, illetve orvosi irataimat saját költségükre készített fénymásolat formájában megkapni.
12. Tudomással bírok arról, hogy gyógykezeléssel kapcsolatos panaszaimat - amennyiben az osztály személyzetével nem sikerült a felmerült problémát megoldani - a Kórház betegjogi képviselőjénél bejelenthetem. Betegjogi képviselő elérhetősége a folyosókon kifüggesztésre került táblákon megtalálható.
13. Tudomással bírok arról, hogy jogom van bármikor a javasolt vizsgálatok és kezelés elutasítására. Az emiatt bekövetkező egészségromlásért, egyéb hátrányos következményekért minden felelősség engem terhel, és azokat az egészségügyi dolgozókat, akiknek a javaslatát nem fogadtam el, mindennemű felelősség alól felmentem.
14. Tájékoztattuk, hogy a vizsgálat és az azt követő egészségügyi eljárás térítési díját meg kell térítenie, amennyiben az Egészségbiztosítási Alapon keresztül az nincs biztosítva, és a vizsgálat eredménye alapján sürgős szükség nem áll fenn. A térítési díjat a mindenkori térítési szabályzat tartalmazza.

Kezelőorvosom gyógykezeléssel összefüggésben adategyeztetésről, kivizsgálásom menetéről és a betegséggel kapcsolatos orvosi kérdésekről teljes körűen, szóban tájékoztattott, melyet elegendőnek találtam.

15. Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem: *(Kérjük, karikázza be a megfelelő választ)*

Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:

Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:

.....
.....

Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről kérésükre tájékoztassák:

.....
.....

hozzátartozó(k)

Továbbá az alább megnevezett személyek mindennemű tájékoztatását megtiltom.

.....
.....

A fenti tájékoztatást megértettem, tudomásul veszem és magamra nézve kötelezőnek elfogadom. Kellő idő állt rendelkezésemre, hogy a fentiek elfogadásáról szabadon dönthessek.

Budapest, 20 _____

felvevő (kezelő) orvos
aláírása

beteg vagy törvényes képviselő
aláírása