



ÁLTALÁNOS HOZZÁJÁRULÁSI NYILATKOZAT

- a dokumentum 2 oldalból áll -

a beteg neve	TAJ	a korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen törvényes képviselőjének neve
A betegazonosító karszalag felhelyezését:	KÉREM	NEM KÉREM
Engedélyezem, hogy személyes adataim a karszalagon rögzítésre kerüljenek:	IGEN	NEM kivéve:.....
<p>Beleegyezem gyógyulásom érdekében, a javasolt és előírt gyógyszeres és nem gyógyszeres (pl. gyógytorna, diéta, szocio- és foglalkozó terápia) kezelésbe, továbbá a betegségem tisztázásához szükséges vizsgálatok és gyógyító beavatkozások elvégzésébe (pl. vérvétel, radiológiai vizsgálat, infúzió, injekció, hólyagkatéterezés). Az elvárható legnagyobb gondossággal elvégzett beavatkozások kockázatait, – amelyek átmeneti vagy tartós egészségromlást okozhatnak – és az ezzel járó esetlegesen előforduló szövődmények következményeit vállalom. Tudomásul veszem, hogy az átlagos-tól eltérő kockázatot jelenthet esetemben a kivizsgálás során fel nem derített betegségek fennállása. Műtétnek minősülő vagy nagy kockázatot jelentő vizsgálati eljárás, invazív beavatkozás, csak külső írásbeli hozzájárulásom mellett végezhető el.</p>		
Beleegyezem, hogy a betegség során fellépő kritikus állapotváltozás miatt szükséges vizsgálatokat és műtétet, írásbeli hozzájárulásom nélkül is elvégezzék rajtam.	IGEN	NEM
Beleegyezem, hogy amennyiben állapotváltozásom vagy további gyógykezelésem indokolja és erről megfelelő tájékoztatást kapok, akkor áthelyezzenek másik betegellátó osztályra, valamint ha elkülönítést igénylő fertőző betegséget állapítanak meg, a fertőző osztályra áthelyezzenek.	IGEN	NEM
Tudomásom van arról, hogy ha a beavatkozás elmaradása közvetlen életveszélyt jelentene számomra, vagy mások testi épségét súlyosan veszélyeztetné, beleegyezésem nem szükséges a beavatkozás elvégzéséhez.	IGEN	NEM
Tudomásom van arról, hogy a gyógyintézetben az egészségügyi személyzet és orvostanhallgatók képzése is folyik, ezért beleegyezem abba, hogy vizsgálatomnál és kezelésemben – felelős személy jelenlétében és annak felügyelete mellett- nem csak orvosok, hanem orvostanhallgatók, gyakorló egészségügyi szakdolgozók és gyakorló ápolók is részt vehessenek, (akiket természetesen szintén titoktartás kötelez).	IGEN	NEM
Tudomásul veszem, hogy a megőrzésre át nem adott értéktárgyaimért, a le nem adott ruhaneműimért a kórház (osztály) felelősséget nem vállal. Távozás után az osztályon hagyott személyes iratokat és tárgyakat a kórház a belső szabályzatában rögzített ideig tárolja, és további felelősséget nem vállal.	IGEN	NEM
Tudomásul veszem, hogy a kórház területén kizárólag erre a célra kijelölt helyen engedélyezett a dohányzás.	IGEN	NEM
AZ ÁLTALÁNOS BELEEGYZŐ MONDATOK KIEGÉSZÍTÉSE:		

Az SBO, ITO és a műtétre kerülő betegeknek kötelező a karszalag használata.

Kijelentem, hogy a felvételemkor várható beavatkozásokról, ezek előnyeiről és kockázatairól, az esetlegesen választható egyéb gyógymódokról és azok lehetséges kockázatairól, valamint az egészségi állapotomról felvilágosítást kaptam. Tudomásul veszem, hogy szakszerű gyógymód, kezelés esetén is, a közölteken kívül fel-lephetnek előre nem várható szövődmények, amelyek kedvezőtlenül befolyásolhatják a várható gyógyuláso-mat. Tájékoztattak a házirendről, a betegjogi tájékoztatót elolvastam (ismertették / felolvasták nekem). A szóban feltett kérdéseimre a kezelőorvosomtól megfelelő válaszokat kaptam. Minden elhangzott és elolvasott tájékoztatást teljes egészében megértettem, tudomásul vettem. Tudomásom van róla, hogy nyilatkozatomat a kezelés során bármikor megváltoztathatom, visszavonhatom.



ÁLTALÁNOS HOZZÁJÁRULÁSI NYILATKOZAT

- a dokumentum 2 oldalból áll -

Tájékoztató adatkezelésről –Az egészségügyi, és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló részletes tájékoztatónkat megtekintheti honlapunkon: www.tmkorhaz.hu, vagy kérje kezelőorvosától. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 136 § határozza meg az egészségügyi szolgáltató dokumentációs kötelezettségét, e törvény rendelkezése szerint az adatkezelés jogalapja a törvényi felhatalmazás. **Hatályos jogszabályok: 2016/679 EU rendelet (GDPR), 2011. évi CXII. tv (info tv), 1997. évi XLVII tv, 1997. évi CLIV. tv.** Az adatokat/egészségügyi dokumentációt a törvényben meghatározott ideig tároljuk.

Kérjük az alábbiakban nyilatkozzék, hogy kinek és milyen korlátozásokkal engedélyezi – a kórház által nyújtott – az Ön állapotával, betegségével kapcsolatos tájékoztatást, adatszolgáltatást.

név, lakcím, telefonszám

Betegségem részleteiről **rajtam kívül / helyettem**

(a megfelelő szöveg bekarikázandó) tájékoztassák:

Helyettem az alábbi személy jogosult a beleegyezési, visszautasítási és tájékoztatási jogot gyakorolni:

Cselekvőképtelenné válásom esetén az alábbi személy jogosult a beleegyezési, visszautasítási és tájékoztatási jogot gyakorolni:

Személy meg nem jelölése esetén a következő sorrend érvényesül: 1. törvényes képviselő 2. beteggel közös háztartásban élő 3. házastárs, élettárs 4. gyermeke 5. szülője 6. testvére 7. nagyszülője 8. unokája.

Cselekvőképtelenné válásom esetén a beleegyezési, visszautasítási és tájékoztatási jogot **nem** gyakorolhatja az előző sorból:

A fentiekben meg nem jelölt, de az intézményben személyesen megjelenő vagy telefonon érdeklődőnek, a **bennfekvésem tényét** és az ápoló osztályom nevét **megadhatják**:

IGEN NEM

kivéve:.....

Hozzájárulok ahhoz, hogy az egészségügyi **dokumentumaimba** közeli hozzátartozóim és/vagy törvényes képviselőim **betekinthesenek** (az erre vonatkozó rendelkezéseknek megfelelően).

IGEN NEM

kivéve:.....

Engedélyezem, hogy a gyógykezelés érdekében rögzített egészségügyi **adataimat továbbítsák a háziorvosomnak**, illetve ha a gyógykezelésem során erre szükség lesz, akkor a **kórház belső informatikai hálózatán** vagy **más egészségügyi intézménynek**.

IGEN NEM

kivéve:.....

Jelen hozzájárulási nyilatkozathoz tartozó szóbeli és írásbeli tájékoztatást megértettem és tudomásul vettem. Az adatkezelési tájékoztatóban megjelölt, egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adataim kezeléséhez hozzájárulok.

Esetleges további kérdésem:.....
.....

..... 20hó.....nap

.....
felvevő / kezelőorvos aláírása
P.H.

.....
beteg / törvényes képviselő aláírása

Ha a beteg nem tud írni, akkor szóban két tanú előtt nyilatkozhat, és a tanúk írják alá a nyilatkozatot.

1. tanú

2. tanú

név:

lakcím:

aláírás:

.....

.....

.....