



## ÁLTALÁNOS TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Beteg neve: ..... Taj: .....

Születési hely:..... Születési idő:.....

Lakcím, ahol tartózkodik.....

.....

Tel.:.....

Háziorvosának neve és elérhetősége:

.....

.....

Legközelebbi hozzátartozó akinek állapotomról felvilágosítás adható (név, elérhetőség, hozzátartozói minőség).....

.....

.....

Kedves Betegünk!

Ön az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet (OKPI).....osztályára került felvételre kivizsgálás és gyógykezelés céljából.

Az Intézetbe történő felvételét követően, a diagnózis (kórisme) megállapítása után megkezdődik az Ön kivizsgálása és gyógykezelése. A következő vizsgálatok és beavatkozások történhetnek - a kezelőorvos döntésétől függően - mintegy rutinszerűen:

- \* többszörös vérvétel laboratóriumi vizsgálatokhoz
- \* röntgen vizsgálatok, mellkas átvilágítás
- \* EKG
- \* köpetvizsgálat
- \* légzésfunkciós vizsgálat
- \* ultrahang vizsgálatok.

Gyógykezelése során gyógyszerek bevétele, injekciók, infúziók adása, katéterek, intravénás kanülök (infúzió adásához) alkalmazása válhat szükségessé.

Ápolása alatt tájékoztatjuk Önt a vizsgálatok eredményéről, betegségéről és a javasolható gyógymódokról.

Amennyiben a felsoroltaknál nagyobb kockázatú, eszközös, testnyíláson keresztül történő, vagy úgynevezett invazív ( a testbe szúrás vagy vágás által történő behatolással) beavatkozásokra, vizsgálatokra lenne szükség, illetve transzfúzió adására kerülne sor, erről külön kérjük beleegyezését a megfelelő tájékoztatás után.

**Aláírással igazolom, hogy az intézet Háziarendjét ismertették velem. Tudomásul veszem, hogy az OKPI egész területén, az udvart is beleértve a dohányzás és az alkohol fogyasztás tilos.**

Intézeti tartózkodásom alatt az ellátásomhoz szükséges ápolási tevékenységekbe beleegyezem.

Beleegyezem, hogy az esetleges beavatkozással (műtéttel) összefüggésben bármely diagnosztikus céllal eltávolított sejtet, sejtalkotórészetet, szövetemet, szervemet a vizsgálat után az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet megőrizzé, és azok felhasználásával olyan tudományos igényű feldolgozást, orvostudományi kutatást végezzen, amely a kórisme és a gyógykezelés hatékonyságát segíti, továbbá összhangban áll a hatályos jogi szabályozással.

Tudomásul veszem, hogy a kezelésem során csak a kórházi kezelőorvos által javasolt gyógyszereket szedhetem, az egyéb szerek szedése következtében kialakult egészségkárosodásért, egészségi állapotom esetleges romlásáért, vagy a várt javulás elmaradásáért a kórház nem tehető felelőssé. A kivizsgálása során szükség van – a kezelőorvos döntésétől függően – mintegy rutin szerűen röntgen vizsgálatra, mellkas átvilágításra. A beavatkozás kockázata minimális sugárterheléssel jár, ami az egészségre nem ártalmas. A röntgenvizsgálat (ionizáló sugárzást használó vizsgálat) a magzatot károsíthatja.

Tudomásul vettem, hogy az ionizációs sugárzást használó vizsgálat magzatot károsító hatásáról szóló figyelmeztetést.

### **Terhes állapotra vonatkozó tájékoztató nyilatkozat:**

#### A megfelelő rész aláhúzendó:

Tudomásom van arról, hogy terhes vagyok, vagy terhességem feltételezhető.

Feltételezhető, hogy nem vagyok terhes, ám amennyiben magzatot esetlegesen károsító vizsgálat válik szükségessé, abban az esetben kérem a terhességi vizsgálat elvégzését

Nem vagyok terhes.

Az alábbi kérdőív az egészségügyi ellátást meghatározó szempontokra ad felvilágosítást a kezelőorvos és az egészségügyi szakdolgozók részére.

A kérdőívben tett nyilatkozatok ellátásom során történő feldolgozásához hozzájárulok:

A kérdőív kitöltése alapfeltétele a kórházi ellátásnak. Ennek tudatában kérdőív kitöltését megtagadom és egyben tudomásul veszem, hogy ez lehetlenné teszi a kórház ellátásomat.

## KÉRDŐÍV

**Kérem, válaszoljon az alábbi kérdésekre:**

- Szed-e Ön rendszeresen véralvadás gátló gyógyszert?

Igen

Nem

- Fennáll-e Önnél fokozott vérzési hajlam kisebb sérüléseknél vagy foghúzásnál?

Igen

Nem

- Könnyen keletkeznek-e kék foltok a testén, vagy van-e valaki a vérszerinti rokonságában, akinek hajlama van erre?

Igen

Nem

- Van-e valamilyen allergiája / szénanátha, asztma / túlérzékenysége ételre, gyógyszerre, ragtapaszra, jódra, kontrasztanyagra vagy helyi érzéstelenítőre?

Igen

Nem

Ha igen, azt nevezze meg: .....

- Sz szenved-e Ön valamilyen idült fertőző betegségben? (Pl: HIV fertőzés, AIDS, Hepatitis, ...stb)

Igen

Nem

Ha igen, azt nevezze meg: .....

- Ön dohányzik-e jelenleg?

Igen

Nem

Amennyiben cigarettázik, abban az esetben naponta hány cigarettát szív el ?:

.....

- Egyéb, fontosnak vélt közlendői, kérdései:

.....  
.....

- Kérem sorolja fel az Ön által szedett gyógyszerek nevét:

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

- Milyen egyéb betegségei voltak, illetve vannak?

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

A fenti tájékoztató és beleegyező nyilatkozattal, illetve kérdőívvel kapcsolatban lehetőségem volt kérdéseket feltenni, és arra kielégítő választ kaptam.

Felhívjuk figyelmét, hogy a kórházba behozott értékeiért felelősséget nem tudunk vállalni. Az osztályos nővér kérésére tájékoztatást ad értékeinek biztonságos megőrzéséről.

**Tudomásom van arról, hogy jogom van a felajánlott kezelés visszautasítására, amely esetben ha okozati összefüggés mutatható ki a kezelés elmaradása és egészségi állapotom esetleges romlása között, a kezelőim felelőssége nem állapítható meg.**

Tudomásul veszem, hogy a fekvőbeteg ellátásom ideje alatt, amennyiben a fekvőbeteg ellátásomat végző kezelőorvosom tudta nélkül más intézményben ambuláns ellátást veszek igénybe, annak költségét a kórház rám terhelheti, és a behajtása érdekében szükséges intézkedéseket megteheti.

Aláírással igazolom, hogy a jelen betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozatot elolvastam, azt megértettem. Nyilatkozom, hogy az egészségügyi törvénynek a betegek jogaira és kötelezettségeire vonatkozó kivonatát megtekinthettem.

Budapest, .....

**A tájékoztatóban leírtakat megértettem, a kezelést elfogadom.**

.....  
a beteg aláírása /törv. képviselő/

.....  
a felvilágosítást adó neve  
aláírás

Kezelőorvos neve, pecsét:

-----  
A nyilatkozat aláírását a beteg megtagadta.

Tanúk:

Tanú 1. : .....  
.....  
.....  
.....

Tanú 2. : .....  
.....  
.....  
.....

Dátum:.....

.....  
a felvilágosítást adó neve  
aláírás