

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat

Alulírott:

születési idő: . TAJ:

Nyilatkozatképesség: cselekvőképés*, korlátozottan cselekvőképés*, cselekvőképtelen*,

Törvényes képviselő neve, jogcíme és lakhelye:

Beutaló kórisme vagy panaszok: _____ alapján

kivizsgálás*, gyógyszeres (konzervatív) kezelés*, műtéti kezelés*, mint egészségügyi ellátás céljából kerültem felvételre a _____ osztályra.

Felvételem és kórházi tartózkodásom során kezelőorvosom _____ részére egészségi állapotomtól függően elbeszélgetés formájában és

egészségügyi irataim rendelkezésére bocsátásával*,

egészségügyi irataim rendelkezésére bocsátását hiányoltam*,

a valóságnak megfelelően teljes*,

csak részleges/ hiányos*,

teljesen hiányos*,

tájékoztatót tudtam nyújtani lezajlott és társult betegeimről, gyógykezeléseimről, gyógyszer vagy gyógyhatású készítmények szedéséről, használatáról, gyógyszerérzékenységről, egészségkárosító kockázati tényezőkről (mint dohányzás, alkohol, drog), fertőző betegségről, munkaképesség csökkenést, rokkantságot okozó megbetegedésekről, állapotokról (szívritmusszabályzó készülék beültetés, terhesség, egyéb), ellátásomat érintő korábban tett tiltakozó nyilatkozataimról illetve egészségügyi és személyi adataim hitelességéről, valamint vér, vérkészítmény elfogadását engedő, vagy tiltó (világnézeti, vallási, felekezeti) meggyőződésemről.

Kezelőorvosom képzettségemnek, ismereteimnek, igényeimnek megfelelően **tájékoztatót**:

kórházi ellátásomat szükségeltető tüneteimmel, vizsgálati eredményeimmel, panaszaimmal összefüggésbe hozható

egyértelmű*,

heveny*,

csaknem egyértelmű/ nagy valószínűségű*,

idült *,

feltételezett/ valószínű*,

kezdeti*,

megfelelő vizsgálatok elvégzését igénylő*,

folyamatában zajló*,

gyógyszeres (konzervatív) kezelést igénylő*,

előrehaladott*,

műtéti beavatkozást igénylő*,

kiújult*,

visszaesett*,

egészségi állapotomról, orvosi megítéléséről, amely nagy valószínűséggel:

átmeneti jellegű, enyhe lefolyású*.

súlyos, nem életveszélyes (de megfelelő ellátás nélkül állapotrosszabbodás is várható) *

súlyos, nem életveszélyes (de megfelelő ellátás nélkül állapotrosszabbodás, maradandó egészségkárosodás és/ vagy életveszélyes állapot bekövetkezése is várható) *.

sürgősségi ellátást/ beavatkozást igénylő közvetlen életveszélyes állapot*.

Tájékoztattott betegségeimről, mely kórisme szerint (magyarul): _____

Kezelőorvosom ennek megfelelően

további vizsgálatokat *

gyógyszeres (konzervatív) kezelést *

műtéti beavatkozást *

javasol, nevezetesen (az ellátás, ill. műtét megnevezése): _____

Tájékoztattott ellátásom

részleteiről, a várható eredményekről és egyben veszélyeiről (kockázatáról) is * .

elmaradása esetén a káros következményekről és elháríthatóságuk esetleg lehetőségeiről *.

tervezett időpontjáról, amely az orvosi szakmai szabályok- orvostudományi eredményeken alapuló, tárgyi, személyi, jogi-, feltételek kialakulásának, létrejöttének legkedvezőbb időpontjától függ *.

általa javasolt formája helyett alkalmazható gyógymódokról,

melynek/melyeknek kockázata a javasolt ellátáshoz viszonyítva * (kisebb, hasonló, nagyobb):

melyet/melyeket azonban az intézetben nem végeznek *.

általa javasolt formáján/típusán kívüli gyógymódok ismeretlenségéről, illetve arról, hogy betegségem kezelésére más gyógymód jelenleg nem ismeretes *.

A javasolt ellátás/műtéti beavatkozás kezelőorvosom tájékoztatása szerint

érzéstelenítést és bódító gyógyszerzerezést nem igényel*.

érzéstelenítést nem, de/csak bódító gyógyszerzerezést igényel*.

bódító gyógyszerzerezést követő vagy anélkül, általa kivitelezhető helyi érzéstelenítésben elvégezhető*.

csak érzéstelenítő (altató) aneszteziológus orvos vizsgálata/ javaslata alapján és közreműködésével végezhető, aki a műtéti beavatkozás előtt végzett vizsgálata során az érzéstelenítéssel/altatással kapcsolatos tájékoztatást számomra megadja*.

általa kivitelezhető helyi érzéstelenítés helyett, kérésem vagy nyilatkozatképességem (korlátozott cselekvőképesség, cselekvőképtelenség) alapján más jellegű érzéstelenítés indokolt, melynek formájáról/típusáról az érzéstelenítő/ altató orvosom tájékoztatása/javaslatára alapján döntök*.

Tudomásul veszem, hogy az orvosi szakmai szabályok szerint végzett szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak az alábbi előre nem látható káros vagy hátrányos következmények, szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolják:

a. átmeneti jellegű káros következmények:

b. esetleges káros következmények:

c. szükségszerű káros/hátrányos következmények:

Megértettem, hogy a javasolt ellátás, műtéti beavatkozás esetén az orvosi szakmai szabályok érvényesülése ellenére is nem szükségszerűen, de általában számításba vehető személy, illetve hátrányos következmény, szövődmény (kockázat) gyakorisága (Figyelem: A megközelítő értékű arányszámokat a beteg aktuális állapota és a kezelőorvos- ellátó egység gyakorlata alapján kell megválasztani!):

5 %-nál kisebb*

5-20 % közötti*

20 %-nál nagyobb*.

Előre nem látható módon műtéti beavatkozásom közben felismerésre kerülő, a beavatkozást szükségeltető betegséggel

összefüggő elváltozás/elváltozások esetén a műtét kiterjesztésére

beleegyezem*

nem egyezem bele*.

összefüggést nem igazoló társult betegség esetén,- amely **önmagában is külön műtéti beavatkozást igényelne** és valamely szervem csonkolását, vagy teljes eltávolítását tenné szükségessé- **a műtét kiterjesztésébe***

további tájékoztatás nélkül beleegyezem*

csak megfelelő tájékoztatást követően nyilatkozom beleegyezésről*.

Előre nem látható **nagyfokú vérvesztésem esetén** ellátásom/ műtéti beavatkozásom közben és az azt követő bódult állapotom időszakában **vér és vérképzőanyag adását**

elfogadom

csak sürgős szükségesség, illetve életveszélyes állapotom esetén fogadom el*

sürgős szükségesség, illetve életveszélyes állapotom esetén sem fogadom el*.

Megértettem és tudomásul veszem, hogy ellátásom során szakorvosjelöltek, orvostanhallgatók és tanuló nővérek jelenléte, esetleges közreműködése emberi méltóságomat

nem sérti*

érzékenyen érinti, ezért ellátásomhoz nem kívánom jelenlétüket és közreműködésüket*.

Tudomásul veszem, hogy az ellátáshoz való beleegyezésemet az ellátás visszautasítása jogán a felajánlott/ javasolt ellátások/műtétek bármelyikét, vagy mindegyikét a formai szabályok betartásával (1997. CLIV. Törv. Az egészségügyről 20-23 §, 117/1998. (VI.16.) Korm. rend.) bármikor visszautasíthatom. Ez esetben ellátásom során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, egészségkárosodásokért, illetve a gyogyeredmény alakulásáért **az intézményt és azokat az orvosokat, akiknek kezelését nem fogadom el, a felelősség alól felmentem.** A beleegyezés alapos ok nélküli visszavonása esetén kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére. **Elismerem, hogy kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, milyen kezelést választok, hogy döntésem megkönnyítésére kezelőorvosom mindenre kiterjedően személyesen tájékoztattott.**

Tájékoztattak arról is, hogy

- jogom van ellátásomat/műtétemet végző kezelőorvosom önkéntes megválasztásához,
- kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, annak változásairól tájékoztatni és ezt kórlapomban saját kezűleg, rendszeresen írásban rögzíteni,
- esetleges panaszaimmal az intézmény vezetéséhez, munkáltatójához, fenntartójához, orvosi kamarájához, etikai bizottságához, betegjogi képviselőjéhez és közvetítő tanácsához fordulhatok,
- a betegjogok alapján jogaimmal kapcsolatban az intézmény további szakszerű tájékoztatási lehetőséget biztosít,
- ellátásom során szükségessé váló további ellátásaimról azokat megelőzően, javasolt életmódomra vonatkozóan pedig ellátásom befejezésével kapok tájékoztatást.

Tájékoztatómat követően megítélésem szerint ellátásom folyamatát megértettem, betegségem természetéről, várható kimeneteléről, gyógyulásom kilátásairól,- részletesen, tévedéstől, megtévesztéstől, fenyegetéstől és kénysertől mentes-megfelelő tájékoztatást kaptam, melyek alapján a javasolt, illetve felajánlott (ellátás/ műtét megnevezése):

_____ **beleegyezem.**

Hozzá tartozóim tájékoztatásával kapcsolatosan a következőket kérem:

a. az alábbi hozzátartozóimat betegségről teljeskörűen tájékoztassák:

b. a lent megnevezett hozzátartozóimat betegségről az általam megjelölt alábbi korlátozással tájékoztassák:

c. az alábbi hozzátartozóimat betegségről kérésükre se tájékoztassák:

A beteg és/vagy kezelőorvos tájékoztatással, ellátással, beleegyezéssel kapcsolatos egyéb észrevételei, kiegészítései, megjegyzései (Figyelem: kitöltés során a fel nem használt keret teljes vagy kitöltés nélkül maradt részterületének egyidejű és egyértelmű kihúzása szükséges/kötelező!)

Balassagyarmat, 2019.

. órákor

kezelőorvos aláírása és bélyegzője

A beleegyező beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása, jogcíme

Lakcíme:

Az aláírások hitelességét igazoló tanúk aláírása és lakcíme:

1. Tanú: _____

Cím: _____

(A dokumentumot a MedWorkS rendszerben rögzítette:

2. Tanú: _____

Cím: _____

)

Kitöltési Útmutató:

1. A nyilatkozatot a kezelőorvos (vállalkozása esetén a beteg) tölti ki – a beteg tájékoztatása közben vagy azt követően a beteg vagy törvényes képviselője egyetértésével és jelenlétében, bizalmi kapcsolatuk alapján-, a kezelőorvos felelősségével, ügyelve az egyértelmű adatszolgáltatás rögzítésére és hitelességére.

2. A „pontvonalakat” értelemszerűen kell kitölteni.

3. A dőlt betűszedésű és (*)-gal jelölt, nyilatkozattételt megalapozó szavak/kijelentések közül a megfelelőt vagy megfelelőket az előttük található négyszögek x-el történő jelölésével, a nem kívánt/nem megfelelő kijelentések egyidejű törlésével/áthúzásával kell egyértelműsíteni.

4. Az indexált helyzetű 1-el jelölt „...ellátásomat érintő korábban tett tiltakozó nyilatkozataimról” esetében azokra a rendelkező jognyilatkozatokra (DNR „ne élesszenek újra” nyilatkozat) kell gondolni, amelyekben az egészségi állapotban bekövetkező károsodások (gyógyíthatatlan betegség) esetén bizonyos ellátások/beavatkozások (újraélesztés, életfenntartó beavatkozások végzése), korlátozott cselekvőképesség, ill. cselekvőképtelenség esetén bekövetkező bizonyos állapotokra, valamint a beteg esetleges elhalálása esetén holttestéről, szervei felhasználásáról közokiratban, vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban tett tiltakozó nyilatkozatokra vonatkozik.

5. Szükség esetén a nyilatkozatot betétlap vagy e nyilatkozat által nem lefedett különleges ellátás esetén további nyilatkozat megtételével kell kiegészíteni- pótolni és aláírásokkal, bélyegzővel ellátni.