



**Péterfy Kórház-Rendelőintézet és Manning Jenő  
Országos Traumatológiai Intézet  
Szülő-Nőbeteg Osztály  
H-1076. Budapest, Péterfy S. u. 8-20.  
Telefon: 06-1/461-4700**

## **ÁLTALÁNOS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT KÓRHÁZI / INTÉZETI KEZELÉSBE**

**Beteg neve:** \_\_\_\_\_ (TAJ: \_\_\_\_\_ , születési idő: \_\_\_\_\_ )

I. Ezen nyilatkozat aláírásával beleegyezésemet adom, hogy felvételre kerüljek a Péterfy Sándor Utcai Kórház – Rendelőintézet és Baleseti Központ Szülészeti és Nőgyógyászati Osztályára. Amennyiben a kórházi kezelésem protokoll szerint ugyanazon osztályon többszöri felvételt igényel, úgy ezen Általános Beleegyző Nyilatkozat aláírása a kezelés befejezéséig érvényes.

II. 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.

III. Kérem, és ezért beleegyezem, hogy kórházi tartózkodásom alatt a kórisme megállapításához, vagy annak pontosításához, a kezelés eredményének nyomon követéséhez szükséges adatfelvételt és rutinvizsgálatokat (orvosi betegevizsgálat, vérvétel és más laborvizsgálatok, EKG, röntgen, ultrahang, stb.) elvégezzék.

IV. 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.

V. Tudomásul veszem, hogy szakszerű kivizsgálás esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények (pl. gyógyszerallergia), amelyek egészségi állapotomat, a várható gyógy eredményt és tartamot kedvezőtlenül befolyásolhatják. Az egészségügyi személyzetet az előre nem látható szövődményekért felelősség nem terheli mindaddig, amíg a szakma szabályai szerint jártak el.

VI. Beleegyezem, hogy kivizsgálásom és kezelése során az észlelt elváltozásokról szakmai indokból fénykép-, vagy videofelvételek készüljenek azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhetővé.

VII. Tudomásul veszem, hogy minden magas kockázattal járó műtéti, diagnosztikus, vagy terápiás beavatkozás (pl. CT, MRI, tükrözés, kontrasztanyagot tartalmazó röntgenvizsgálatok, sugárterápia, kemoterápia, transfúzió stb.) esetén külön beleegyző/elutasító nyilatkozatot kell megismernem és aláírom.

VIII. Beleegyezem, hogy a tőlem levett vizsgálati anyagokból kutatási célból is vizsgálatokat végezzenek, és a vizsgálatok és a kezelése során a kezelő orvosomtól kívül az Intézettel kapcsolatban álló egészségügyi személyzet is jelen lehet.

IX. Tudomással bírok arról, hogy megismerhetem a rám vonatkozó egészségügyi adatokat, dokumentációmba betekinthetek, orvosi irataimról saját költségemre másolatokat kaphatok. Mindezek a jogok megilletik az általam megjelölt személyeket is.

X. 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.

XI. Tudomással bírok arról, hogy gyógykezeléssel kapcsolatos panaszaimat – amennyiben az osztály személyzetével nem sikerült a felmerült problémát megoldani – a Kórház betegjogi képviselőjénél bejelenthetem.

XII. 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.

XIII. Tájékoztatjuk, 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.

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

XIV. Hozzáartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem: *(Kérjük karikázza be a megfelelő választ)*

Az alább megnevezett hozzáartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:

Az alább megnevezett hozzáartozóimat a betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:.....

.....

Az alább megnevezett hozzáartozóimat betegségemről kérésükre tájékoztassák.

.....

hozzáartozó(k)

Továbbá, az alább megnevezett személyek mindennemű tájékoztatását megtiltom.

.....

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

Budapest,

\_\_\_\_\_  
felvevő (kezelő) orvos  
aláírása

\_\_\_\_\_  
beteg vagy törvényes képviselő  
aláírása

1. tanú

2. tanú

név:

név:

lakcím:

lakcím:

aláírás:

aláírás: