

KAZINCBARCIKAI KÓRHÁZ NONPROFIT KFT.
Szülészeti osztály

Tel: 06-48 /514-800

3700 Kazincbarcika Május 1. út 56.

Fax:06-48 / 514-861

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Beteg neve:

Születési idő:

Lakcím:

TAJ:

A műtétet indikáló betegség/elváltozás:

A tervezett műtét:

.....

A tervezett műtétemhez szükséges érzéstelenítésbe, altatásba, valamint az ahhoz szükség esetén kapcsolódó intenzív kezelésbe beleegyezem. Az érzéstelenítéssel kapcsolatos felvilágosító tájékoztatót megkaptam. Lehetőségem volt arra, hogy azt elolvassam és megbeszéljem. Kérdéseimre kielégítő választ kaptam. Tudomásul veszem, hogy a műtétet követő 24 órában önálló közlekedésre alkalmatlan vagyok, ez idő alatt alkoholt nem fogyaszthatok, altató, nyugtató és fájdalom csillapító szert csak orvosi utasításra kaphatok.

Ha kezelésem kapcsán vérátömlesztésre szorulok, annak elvégzésébe beleegyezem/nem egyezem bele.

A műtétemhez ajánlott gerincközeli érzéstelenítést elfogadom/nem fogadom el.

A műtétemhez ajánlott karfonat érzéstelenítést elfogadom/nem fogadom el.

Az altatásba beleegyezem/nem egyezem bele.

A kívánt rész aláhúzendó!

Tájékoztatjuk arról, hogy kórházunkban a közalkalmazotti jogviszonyban dolgozó munkatársak mellett a kórházzal vállalkozási szerződésben álló orvosok és szakdolgozók is tevékenykednek. Így az Ön gyógykezelése kapcsán (műtétek, - diagnosztikai és terápiás beavatkozások) Önt a kórházzal vállalkozási jogviszonyban lévő munkatársak is elláthatják. Ezt a tényt az Önre vonatkozó egészségügyi dokumentációk tartalmazzák. Amennyiben ezzel kapcsolatos részletes felvilágosítást úgy ezt a kezelőorvosa vagy osztályos orvosa megadhatja.

Kelt: Kazincbarcika 2019.07.16

A tervezett érzéstelenítésről a tájékoztatást megkaptam:

.....
a beteg aláírása

.....
a felvilágosítást végző orvos aláírása

A tervezett érzéstelenítésbe beleegyezem:

.....
a beteg aláírása

KAZINCBARCIKAI KÓRHÁZ NONPROFIT KFT.

3700 Kazincbarcika Május 1. út 56.

Szülészeti osztály

Tel.: 06-48 /514-800

3700 Kazincbarcika Május 1. út 56 Fax.: 06-48 / 514-861

B E L E E G Y E Z Ő N Y I L A T K O Z A T

Alulírott,

Lakcím.....:

Születési idő...:

TAJ.....:

tanúsítom, hogy engem Dr. _____

kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról

1. A betegségemről, mely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul):

2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul):

3. A javasolt gyógymód kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

*

Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak az alábbi, előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolják (a beteg aláírása előtt az orvos tölti ki):

* Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövöd-

ményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, felelőség alól felmentem.

*

A kezelésbe (műtétbe, stb.) való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszerből mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam az alábbi kezelést (műtétet) elvégezzék

*

Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részle-

teiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni.

Ezért a döntéseket kezelő orvosaimra bízom. (Ezt a nyilatkozatot - elfogadás esetén -

kézírásával megismételten leírva, majd aláírva az okirat végén kérjük erősítse meg. E megerősít nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondása érvénytelen.)

4. Hozzátartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

a. Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:

b. Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokra tájékoztassák:

Betegtájékoztató műtéti érzéstelenítésről

Helyi érzéstelenítés (lokál anesztézia)

A legkisebb megterhelést jelenti az Ön számára. Ha a tervezett műtéthez a megfelelő érzéstelenség helyi érzéstelenséggel elérhető, ez a megoldás választható. Kórházunk gyakorlatában ezt a beavatkozást az operáló orvos végzi, ilyenkor a helyi érzéstelenítésre vonatkozó tájékoztatást is tőle kapja meg. Ha emellett az operáló orvos a műtét idejére az Ön számára osztályunktól felügyelet és/vagy a helyi érzéstelenítés kiegészítését kéri, úgy vele közösen végezzük az Ön felügyeletét és szükség szerint gyógyszerelését.

Vezetékes érzéstelenítés (regionális lokál anesztézia)

A végtagok, gáttájék, az alsó hasfal, a medencében elhelyezkedő szervek műtéteihez alkalmazható, ilyenkor a műtét helyétől távolabb, a végtag eredésénél, vagy a gerinc, egy meghatározott pontján helyi érzéstelenítő szert fecskendezünk be a környéki idegek közelébe, és ezzel az idegrostok vezetőképességét átmenetileg kikapcsoljuk: szünetel az érző- és többnyire a mozgató idegek működése is. Ez a módszer az érzéstelenített területen 1,5 – 4 óras fájdalommentességet biztosít. Előfordulhat, hogy műtét közben nyomást, húzást érez. A műtét során ébren van. A műtéti területet nem látja. Ha a műtéti zajok zavarnák, lehetősége van arra, hogy ezt felénk jelezze.

A gerincközeli érzéstelenítések esetében az érzéstelenség teljes megszűnéséig a húgyhólyag kiürítését nem tudja szabályozni, emiatt hólyag ketérezésre sor kerülhet. Esetleg átmeneti, néhány napos fejfájás is előfordulhat a műtét utáni napokon. A vezetékes érzéstelenítési formák közül mindössze 2.000–50.000 érzéstelenítésre juthat 1-1 komolyabb szövődmény.

Altatás (általános érzéstelenítés, narkózis)

Az érzéstelenítésnek harmadik nagy csoportja az altatás (általános érzéstelenítés, másképpen narkózis). A műtét előtt fél-egy órával elalvást segítő injekciót kaphat. A műtőben infúziót kötünk be a vénájába. Felhelyezzük az érzékelő monitorokat, majd következik a tulajdonképpeni narkózis. Maszkon keresztül oxigént, a vénájába altatószert adunk, amitől mély alváshoz hasonló állapotba kerül. A műtét típusától függően a légzést leállítjuk, a légcsőbe vezetett gumi-, vagy műanyag csövön (tubuson) keresztül lélegeztetjük. A tubus légcsőbe vezetése során előfordulhat, hogy a fogak sérülnek, kitörnek.

A műtét befejezése után felébredszük.

Az altatás következményeként a műtét utáni napokon enyhe torokfájdalom, nyelési panasz, izomláz jelentkezhet. A véna megszúrása helyén véraláfutás, fájdalom, gyulladás, rögsödés előfordulhat. Vér és/vagy gyógyszerek adására váratlan túlérzékenység, lázas reakció jelentkezhet.

Mindezekből nyilvánvaló, hogy a sebészeti beavatkozáson kívül az érzéstelenítés során alkalmazott eljárások is bizonyos kockázattal járnak. Ön ezen ismertetőt elolvastva látja, hogy ezt nem titkoljuk, ugyanakkor igyekszünk megnyugtatni, hogy ezen veszélyeket ismerjük, képesek vagyunk azokat felismerni és elhárítani, és ezzel a kockázatot minimumra csökkenteni. Rossz általános állapot, súlyos kísérő betegségek és/vagy hosszú, nagy műtéti beavatkozás növelik a szövődmények lehetőségét és súlyosságát, sőt ritkán halálos szövődmény is előfordulhat. Ennek valószínűsége azonban kicsi, és mi mindent elkövetünk, hogy ezt megelőzzük.

A műtét alatti nagyobb vérvesztéséget idegen, vagy előzetesen levett saját vérrrel szükséges pótolnunk a vérátömlesztés szigorú szabályainak betartása mellett. Ennek ellenére nem zárható ki, hogy nagyon ritkán bizonyos vírusbetegséget az idegenvér

adásával átvigyünk. Egyes betegségcsoportokban és műtéti típusokban lehetőségünk van a műtét közben elvesztett saját vér visszaadására is.

Műtéti előkészítés

A műtéti program ismeretében a műtét előtti napon az altatóorvos az Ön leleteit, dokumentumait, majd személyesen felkeresi Önt. Kikérdezi korábbi betegségeiről, jelenleg is szedett gyógyszereiről, esetleg meglévő gyógyszerérzékenységéről. Megbeszéli Önnel a műtéthez szükséges érzéstelenítést, felvilágosítást ad kérdéseire. Kérjük bizalommal forduljon hozzá. A műtét előtti altatóorvosi vizit során igény merülhet fel kiegészítő- vagy kontroll vizsgálatok elvégzésre, gyógyszeres, vagy egyéb kezelés elrendelésére. Ezek miatt a műtét időpontja halasztást szenvedhet, de ezek minden esetben az Ön érdekében történnek.

A legtöbb esetben a műtétet megelőző este nyugtató vagy altató gyógyszert kap, melyet 9 óra tájban vegyen be. Ezt követően felügyelet nélkül ágyát már nem hagyhatja el.

A fentiek mellett a következőket kérjük:

1. Rendszeresen szedett gyógyszerei közül csak azt vegye be, amelyet az altató orvos elrendelt.
Amennyiben a műtét reggelén is kell tablettát bevennie, azt néhány korty vízzel nyelje le.
2. Műtéti napig lehetőleg ne dohányozzon!
3. Műtete előtti napon este – ha a műtét természete miatt egyéb szigorú utasítást nem kapott – kevés könnyű ételt, főleg folyadékot fogyasszon, éjjeltől már folyadékot sem.
4. Értéktárgyait ne viselje, helyezze biztonságba.
5. Ha körmeit lakkozza, azt szíveskedjen eltávolítani.
6. Kivehető műfogsorát feltétlenül vegye ki a műtőbe való szállítás előtt. Ha van hallókészüléke, azt vigye magával.
7. A műtőbe szállítás előtt rendszeresen használt szemcseppjét cseppentse be. Ha asztmás, spray-jét a műtőbe is vigye magával.

A műtét természetétől, illetve attól függően, hogy a sebészeti beavatkozást és az érzéstelenítést Ön hogyan viselte, műtét után állapotától függően visszakerülhet eredeti helyére.

Kérjük forduljon bizalommal az Önt felkereső orvoshoz és beszélgetésük után a nyilatkozatot írja alá.

Mielőbbi gyógyulást kívánunk!

Az aneszteziológia orvosai és szakdolgozói

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT HÚGYCSŐ KATÉTEREZÉS ELVÉGZÉSÉHEZ

Alulírott,.....az orvosomtól a szükséges felvilágosítást megkaptam és ennek ismeretében a húgycső katéter behelyezéséhez beleegyezésem adom.

Orvosom, Dr.....felvilágosított a beavatkozás szükségességéről valamint a lehetséges szövődményekről.

A beavatkozás során fertőtlenítő lemosást követően, a húgycsőnyíláson keresztül egy, a húgycsőnek megfelelő méretű, érzéstelenítő zselével bekent, hajlékony, steril, műanyag csövet vezetünk a húgyhólyagba. A katétert a hólyagban kicsi, felfújható ballon rögzíti. A katéteren keresztül a hólyagból a vizelet lebocsátható, a hólyag átmosható, gyógyszerek bejuttatása lehetséges, ill. steril vizelet-minta nyerhető vizelettenyésztéshez.

A beavatkozás lehetséges szövődményei:

1. Fájdalom

2. Húgycsősérülés, vérzés

3. Tartós (2-3 napnál hosszabb idejű) katéter viselése esetén katéter elzáródás, húgyúti fertőzés fordulhat elő, ritkán, súlyos esetben szepszis is felléphet.

A fentieket tudomásul veszem és megértem, hogy a beavatkozásnak bár van szövődménye, de a vizsgálat nem elvégzése hátráltatja a gyógyulásomat.

Kazincbarcika,.....év.....hó.....nap

.....

ph.

.....

orvos aláírása

beteg aláírás

A vizsgálat szükségességéről és elmaradásának következményéről a felvilágosítást megkaptam, mindezek ellenére a beavatkozás elvégzéséhez nem járulok hozzá.

.....
Beteg/törvényes képviselő

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT TARTÓS VÉNAKANÜLÁLÁS ELVÉGZÉSÉHEZ

Alulírott.....az orvosomtól a szükséges felvilágosítást megkaptam és ennek ismeretében a tartós vénakanülálás beavatkozás elvégzéséhez beleegyezésem adom.

Orvosom, Dr.....felvilágosított a beavatkozás szükségességéről valamint a lehetséges szövődményekről.

A beavatkozásra azért van szükség, hogy a vénás injekciókat úgy tudják alkalmazni, hogy ne kelljen mindig injekciózni a vénámat, illetve így a kezemet mozgathatom infúzió alatt, mivel a hajlékony tartós vénakanül ezt megengedi. Az infúzió vénán kívülre jutásának esélye kisebb.

A beavatkozás során (bőrfertőtlenítés után) a véna nagyságának megfelelő átmérőjű tövel megszúrjuk a vénát, Szúrás után a tűt eltávolítjuk, a vénában csak egy szövetbarát műanyag kanül marad. Vértételre a kanül csak közvetlenül a behelyezés után alkalmas, ezt követően vérvétel miatt meg kell szűrni máshol a vénámat. A kanül alkalmas injekciók, infúziók adására, mindaddig, amíg be nem alvad, illetve a visszér (véna) be nem gyullad. A kanült általában 4-5 nap múlva mindenképpen el szoktuk távolítani, hogy a gyulladást elkerüljük.

A kezelések után a műanyag kanült 0,1 ml Na Heparinnal zárjuk le, hogy a bealvadást megakadályozzuk. Ebből kis mennyiségű heparin a szervezetébe jut.

A beavatkozás lehetséges szövődményei:

1. A beszúrásakor, szíváskor a véna átlukadhat, a helyén véraláfutás keletkezhet.
2. A véna begyulladhat, benne vérrög is keletkezhet.

A fentieket tudomásul veszem és megértem, hogy a beavatkozásnak bár van szövődménye, de a beavatkozás nem elvégzése hátráltatja a gyógyulásomat. Az alternatív lehetőségekről felvilágosítást kaptam. Kérdéseimet orvosom szóban megválaszolta.

A fentieket tudomásul veszem és ezt aláírásommal igazolom.

Kazincbarcika,.....év.....hó.....nap

..... ph.

kezelőorvos aláírása

.....
beteg aláírása

A vizsgálat szükségességéről és elmaradásának következményéről a felvilágosítást megkaptam, mindezek ellenére a beavatkozás elvégzéséhez nem járulok hozzá.

.....
Beteg/törvényes képviselő

Kazincbarcikai Kórház Nonprofit Kft.

3700 Kazincbarcika, Május 1 út 56. Tel: +36 (48) 514-800 Fax.: +36 (48) 514-861

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT BEÖNTÉS ELVÉGZÉSÉHEZ

Alulírott,.....az orvosomtól a szükséges felvilágosítást megkaptam és ennek ismeretében a beöntés elvégzéséhez beleegyezésem adom.

Orvosom, Dr.....felvilágosított a beavatkozás szükségességéről valamint a lehetséges szövődményekről.

A beavatkozás során rugalmas csövön keresztül feltöltjük a végbélet és a vastagbél alsó szakaszát. A beöntés célja, ezen bélszakaszok kitisztítása végbél, vastagbél-feltöltés, illetve tükrözés előtt, szolgálhat azonban többnapos szorulás megszüntetésére is.

A beavatkozás lehetséges szövődményei:

1. Sérülhet a végbél nyálkahártyája, véralfutás keletkezhet.
2. Vérezhet a meglévő aranyeres csomó.

A fentieket tudomásul veszem és megértem, hogy az előkészítés elvégzése a betegségem pontosabb megismeréséhez szükséges vizsgálat elvégzése előtt elkerülhetetlen.

Kazincbarcika,.....év.....hó.....nap

.....

ph.

.....

kezelőorvos aláírása

beteg aláírás

A vizsgálat szükségességéről és elmaradásának következményéről a felvilágosítást megkaptam, mindezek ellenére a beavatkozás elvégzéséhez nem járulok hozzá.

.....

Beteg/törvényes képviselő

Kazincbarcikai Kórház Nonprofit Kft.

3700 Kazincbarcika, Május 1 út 56. Tel: +36 (48) 514-800 Fax.: +36 (48) 514-861

Az újszülött kezelését a mater írásbeli beleegyezése alapján vagy ennek hiányában a szakma szabályai szerint kezdjük meg.

Dátum: _____ Aláírás: _____

SZÜLŐI BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott (név) tanúsítom, hogy engem: _____ kellő mértékben felvilágosított
gyermekem _____ Szül. idő: _____

1. Feltételezett/biztos betegségéről.
2. A betegség pontos tisztázása érdekében elvégzendő vizsgálatok természetéről:
 - fizikális(testi) vizsgálatok
 - testvadádekok vétele(orr, torok, vizelet, széklet, fül, gyomor)
 - vérvétel
 - gerinccsapolás
 - képalkotó eljárások, műszeres vizsgálatok (rtg, UH, EKG, EEG, izotópos vizsgálatok, CT, MRI, kontrasztanyag vizsgálatok, érfestés vizsgálat)
 - gégetükrözés
 - hólyag katéterezés
 - szemészeti, fülészeti vizsgálatok
 - egyéb: _____
3. Javasolt gyógymódokról:
 - gyógyszeres kezelés – szájon át – vénán át
 - infúziós kezelés (folyadék bevitel köldökereken, vagy vénán vagy perifériás kisereken át)
 - vérátömlesztés, plasmakészítmények adása, cseréléses transzfúzió
 - légzéstámogatás (géppel vagy orrkanülön át)
 - surfactant (felületi feszültség csökkentő anyag) légcsőbe való adás
 - dobhártya felszúrása, váladék leszívása
 - sebészeti vénabiztosítás
 - fénykezelés
 - mellkascsővezés
 - műtéti beavatkozás (ehhez külön beleegyezés szükséges a műtéti és anaesthesiológiai osztályon)
4. A szükséges konziliáris vizsgálatokról:
5. Másik intézetbe való áthelyezésről:
6. A vizsgálatok lehetséges kockázatairól és következményeiről:
7. Lehetséges egyéb eljárásokról:
8. Beleegyezem, hogy a gyermekemnél bizonyos esetekben a beavatkozás és terápia zavartalan kivitelezése, folytatása érdekében testrészeit rögzítsék.
9. Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem látott szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt kedvezőtlenül befolyásolhatják.
10. Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy távollétemben gyermekem kivizsgálásában és kezelésében a döntést a kezelőorvosra bízom.

Kazincbarcika, 20 _____

Kezelőorvos

a beteg törvényes képviselőjének aláírása

Törv. Képv. Neve: _____

Születési ideje: _____

Születési helye: _____

Lakcíme: _____

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT EPIDURÁLIS KANÜL BEHELYEZÉSÉBE

Kedves Kismama!

Bizonyára hallott az epidurális fájdalomcsillapítás (EDA) módszeréről. E tájékoztatónkkal szeretnénk az Ön döntését megkönnyíteni, hogy gyermeke születésének minden mozzanatát élvezhesse. E mellett a magzat számára is előnyös a lepényi véráramlás növekedésével, illetve a magzat mechanikai terhelésének csökkentésével.

A beavatkozás lényege: helyi érzéstelenítést követően a kettős falú gerinccsatorna külső rétegébe vékony műanyag kanült juttatunk be, melyen keresztül a mozgó funkció mindvégig érintetlen marad és így Ön a szülésben éppenúgy részt vehet, mintha nem részesült volna érzéstelenítésben.

Az epidurális érzéstelenítést kizárólag az Ön kérelmére és a lap alján lévő írásos beleegyezése alapján végezzük el, ha a beavatkozásnak orvosi ellenjavallata nincs.

A fentieket tudomásul veszem, és ezt aláírással igazolom a beleegyezésemet.

Kazincbarcika, _____

kezelőorvos aláírása

ph.

beteg aláírása

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

.....(név).....(szül.h.i.an)
.....szám alatti lakos beteg nyilatkozom,
hogy az osztály bemutatását követően tájékoztatásban részesültem saját és a Kazincbarcikai Kórház Nonprofit KFT dolgozóinak jogairól, továbbá az Intézmény házirendjéről a felvételemre végző szakdolgozótól.

Kérem, hogy gyógykezelésem alatt a szakdolgozók személyesen és telefonon kizárólag
.....(név).....szám alatti
lakosnak adjanak felvilágosítás ittlétemről és állapotomról.

Az osztályon való bent fekvésem alatt – előzetes, szóbeli felvilágosítás követően beleegyezem minden olyan alap-, és terápiás ápolási tevékenységbe – beleértve azok előkészítését is -, amely gyógyulásom érdekében történik.

A házirendről szerzett információkhoz kapcsolódóan az alábbi tájékoztatást kaptam a dohányzás vonatkozásában.

A nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek forgalmazásának általános szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény 2.§ (1) bekezdésének a / és c/ pontjainak, a (2) bekezdés a./ és b./pontjait, továbbá a (49 bekezdés c./ pontját figyelembe véve a Kazincbarcikai Kórház Nonprofit KFT (3700 Kazincbarcikai Kórház Nonprofit KFT Május 1 út 56.) teljes területén – értve itt az épületet, udvart, kertet, teraszt, - szigorúan tilos a dohányzás, ennek megszegése szankciókat von maga után az alább részletezettek szerint.

A cselekmény elkövetésekor 14. életévét betöltött, saját jövedelemmel rendelkező természetes személy, aki a dohányzással dohányzási korlátozással kapcsolatos rendelkezéseket nem tartja be, egészségvédelmi bírsággal sújtható, melynek összege:
a dohányzással összefüggő tilalomnak, korlátozások megsértése esetén legalább 20.000, legfeljebb 50.000Ft, helyszínen maximum 30.000Ft.

A kórház területének határától számított 5 m-es távolságon kívül eső nyílt légtérben, közterületen van lehetőség dohányzásra.

Efféle és bármely célból az Intézményt kizárólag saját felelősségemre hagyhatom el!

Kazincbarcika. 20.....

.....
Beteg aláírása

.....
Kiskorú vagy cselekvőképtelenséget érintő gondnokság alatt álló beteg esetében a törvényes képviselő aláírása

K É R E L E M

Alulírott kérem, hogy a fennálló 2006. évi CXV. Eü. Törvény 187. §. alapján végezzenek rajtam meddővé tételt (sterilizálást).

Az orvosi felvilágosítás után nyilatkozom, hogy a fenti beavatkozás esetleges sikertelenségével, illetve következményeivel kapcsolatban viselem a teljes kockázatot, és semmilyen jogi, erkölcsi és anyagi követelménnyel nem fogok élni.

Házastársam döntésével egyetértek:

.....
név

.....
név

.....
lakás

.....
lakás

.....
személyi szám

.....
személyi szám

Kazincbarcika, 20.....év.....hó.....nap.

Tanúk:
.....

A fenti számú rendelkezésre hivatkozva, miután a törvényben előírthónapos várakozási idő letelt, fenti kérésem megismétlem és igazolom, hogy a fenti szöveggel ismételten egyetértek.

Házastársam döntésével egyetértek:

.....
név

.....
név

Kazincbarcika, 20.....év.....hó.....nap.

Engedélyezem

Dr Pásztor Gábor
oszt. vez. főorvo

Tanúk:
.....

AZ ÚJSZÜLÖTT ELHELYEZÉSE

A anya ágyán csak a szoptatás ideje alatt tartózkodjon az újszülött, egyébként a bölcsőben legyen elhelyezve !

Tisztába tételt, köldökkezelést , stb. a pelenkázó asztalon kérjük kivitelezni, ahol **felügyelet nélkül magára hagyni az újszülöttet szigoruan TILOS és balesetveszélyes!**

A HAZAADÁS FELTÉTELEI

Az újszülött betöltött 72 óras korban (ha déli 12 óráig betölti) ,betegségtől mentesen, jó szopási készséggel, emelkedő súlygörbével, a kötelező BCG oltás, PKU-szűrés és gyermekszakorvosi vizsgálat után adható haza.

A családi kórterem berendezési tárgyaiért anyagi felelősséggel tartozom.

A szoptatós széket hozzátartozó nem használhatja.

A kismama ágyában hozzátartozó nem fekdühet!

A fentieket tudomásul veszem.

Dátum:.....

.....
orvos

.....
szülő

Tisztelt Szülők!

Ön és gyermeke az Újszülött osztályhoz tartozó szülészeti - nőgyógyászati részlegen lévő családi szobában kerül elhelyezésre.

Szülészeti-Nőgyógyászati osztályvezető főorvosa: Dr Pásztor Gábor

Csecsemő-és gyermekgyógyász szakorvos:Dr .Trencsényi Pál

Rooming-ing rendszerünk (anya- és újszülöttjének állandó együttléte) 24 órás, így a nap minden óráját az édesanyjuk mellet tölthetik az újszülöttek.

Kivétel: a császármetszésen átesett anya és újszülöttje az első 24 órát a gyermekágyas részleg műtétes kórtermében tölti el, majd ezután költözhet át a családi szobába,amennyiben állapota ezt lehetővé teszi.

Az újszülöttek táplálása kizárólag szoptatással, anyatejjel történik, egyéb pótlásra csak gyermekorvosi javaslat alapján kerülhet sor, **indokolt esetben**. Hozzátáplálás esetén csak a osztályon elkészített pótlás használható az újszülött táplálására ! A táplálást gyermekápolónő ill. felügyelete mellett az anya végezheti, pohár vagy kanál alkalmazásával.

Az újszülött ápolását, (tisztába tétel, köldök kezelés) az édesanya végzi szükség szerinti gyermekápolónői segítséggel. Az újszülött fürdetését gyermekápolónő végzi, de igény esetén az anya is végezheti **kizárólag gyermekápolónő jelenlétében !**

Anya által végzett csecsemőápolási tevékenységeikért felelősséget nem vállalunk!

A családi szobában állandó gyermekápolónői felügyeletet biztosítani nem tudunk, de a gyermekápolónők az újszülött részlegen bármikor elérhetők a nővérhívó segítségével.

A családi szobában a látogatást nem korlátozzuk, de a baba és a mama érdeke azt kívánja, hogy egyszerre két személynél több hozzátartozó ne tartózkodjon mellettük.

A látogatók a családi szobában minden este 21 óráig tartózkodhatnak.**Éjszaka nem.**

Minden megkezdett éjszaka teljes éjszakának számít.

Lényeges, hogy a látogatók fertőző betegségben ne szenvedjenek!

A kórház egész területén dohányozni tilos!