

ÁPOLÁSI ÖSSZEFOGLALÓ

Onellátási funkciók: jelölések: E: egyedül, S: segítséggel, ÖNT: önállóan nem tud (x-szel jelölje)

Táplálkozás, folyadék felvétel:	E: <input type="checkbox"/> S: <input type="checkbox"/> ÖNT: <input type="checkbox"/>
Higiéne:	E: <input type="checkbox"/> S: <input type="checkbox"/> ÖNT: <input type="checkbox"/>
WC használata:	E: <input type="checkbox"/> S: <input type="checkbox"/> ÖNT: <input type="checkbox"/>
Helyváltoztatás:	E: <input type="checkbox"/> S: <input type="checkbox"/> ÖNT: <input type="checkbox"/>
Ágyárvizelési edény használata:	E: <input type="checkbox"/> S: <input type="checkbox"/> ÖNT: <input type="checkbox"/>
Öltözködés:	E: <input type="checkbox"/> S: <input type="checkbox"/> ÖNT: <input type="checkbox"/>

A S Kommunikáció, mentális állapot, magatartás, tudat: _____

Lazítók: IGEN / NEM: _____
Stabil vitális paraméterek: IGEN / NEM: _____
Fájdalommentes: IGEN / NEM: _____
Kiegészítő étvény, táplálék felvétel: IGEN / NEM: _____
Kiegészítő folyadék felvétel: IGEN / NEM: _____
Vizelési rendben: IGEN / NEM: _____
Székletürítés rendben: IGEN / NEM: _____
Mobilítás rendben: IGEN / NEM: _____
Bőr állapota (seb, dekubitus): IGEN / NEM: _____

Stoma: NINCS / VAN: _____
Vénbiztosítás: NINCS / VAN: _____
Állandó katéter: NINCS / VAN: _____
NG tápszonda: NINCS / VAN: _____
Segédesszköz: NINCS / VAN: _____
Tanácsadás, oktatási tevékenység (beteg, család): NEM SZÜKSÉGES / MEGTÖRTÉNT: _____

Ápolásra vonatkozó javaslatok: _____
Távozás: egyedül , kísértővel , betegszállító , OMSZ , betegszállító szolgálattal ,
 haza , szoc. otthon , osztály: _____, , intézet: _____, nem saját lakcímre ment: _____,
 saját lábom , ülve , fekve ,
Részleges / teljes felügyeleti igényel: IGEN / NEM, **Részleges / teljes ápolási igényel:** IGEN / NEM
Házi gondozás szükséges: NEM / IGEN, **étesítve:** _____
Orthon ápolás szükséges: NEM / IGEN, **étesítve:** _____
Dátum: _____ kitöltő szakápoló: _____ vezető ápoló/helyettes: _____

AZ ELHALÁLÁSI ADATAI
 A halál időpontja: 20__ év __ hó __ nap __ óra __ perc Vizsgáló orvos: Dr. _____
Távítási feladás: megjelölt címre , saját címre , nincs cím Ápoló intézmény étesítve (módja, ki, kinek, idő):
Személyes közlés: _____ Telefonos étesítés (ki, kinek, idő): _____
Letét készítése: _____
Lábecdula felhelyezve **Ápoló(k) aláírása:** _____
 Nyilvántartás: 001/01 - D - 73
 Ellenőrzve: _____

KISKUNHALASI SEMMELWEIS KÖRHÁZ RÉSZELEG

Név (utónév): _____ F/N*
 Anyja neve: _____ TAJ: _____
 Születési idő: _____ év __ hó __ nap Állampolgárság/státusz*: _____
 Lakcím: _____

HELYZET - ÁLLAPOT FELMÉRÉS

Felvétel ideje: _____ év __ hó __ nap __ óra __ perc A S °C
 Vérmérés: _____ / _____ Hgmm Pulzus: _____ /min Légzés: _____ /min Hő: _____ °C
Tudat: tiszta , zavart , dezorientált **Eszmélet:** éber , somnolens , sopor , eszméletlen

ALLERGIA: Felvétel indoka, diagnózis: _____
 Kézeltőorvos: _____
Pszichés-mentális állapot, magatartás: _____

Testalkat: jól táplált , midult , sovány , súlyosan leromlott Ts: _____ kg, Tm: _____ cm
Megjelenés: apott , apóttan , valadékkal szemyezett ,
Osztályra kerülés: Módja: egyedül , kísértővel , mentó **Hónan:** SBO , otthonából

Adatszolgáltatás: személy: _____ dokumentum: _____
Adatszolgáltató: _____
Adatszolgáltató: _____
Adatszolgáltató: _____

Műfogsor: nincs / van: alsó - felső **Beteg által behozott gyógyászati segédesszköz/protézis:** _____

SZOCIÁLIS HELYZET - ÉLETMÓD

Csalásban él , **életárs** , **egyedül él** , **nincs rokona** , **szociális ellátásban részesül:** _____

Étrend: normál , pépes , diéta **Dohányzás:** nem , igen **alkoholfogyasztás:** nem , igen **kávé fogyasztás:** nem , igen

Szociális probléma: _____
GYÓGYSZEREK, MEGJEGYZÉS: _____

 Kiskunhalasi Semmelweis Kórház	Központi Aneszteziológiai és Intenzív Betegellátó Osztály MŰTÉTI ÉRZÉSTELENÍTÉS TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
---	---

Tisztelt Betegünk!

Engedje meg, hogy köszöntsük kórházunkban annak reményében, hogy a gyógykezelést követően egészségét visszanyerve távozik majd Intézetünkől. Ennek érdekében feltehetően különböző beavatkozások, műtétek, vizsgálatok előtt áll, amelyek kivitelezéséhez Önnek, vagy törvényes képviselőjének hozzájárulása szükséges. Az összes egészségügyi dolgozó számára törvényi kötelezettség a beteg tájékoztatása, melynek keretében ismertetnünk kell betegségére, állapotára és gyógykezelésére vonatkozó tevékenységünket, és az azzal kapcsolatban esetleg előforduló szövődmény lehetőségeket.

Kórházunk aneszteziológusainak, más szóval az érzéstelenítést végző orvosainak és asszisztenseinek feladata gondoskodni arról, hogy Ön a lehető legkevesebb fájdalommal, szervezete pedig a lehető legkisebb megterheléssel vészelje át a tervezett műtét, beavatkozás, vizsgálat körüli időszakot. Munkánkhoz feltétlenül szükségünk van az Ön segítségére, bizalmára, hiszen meg kell ismernünk szervezetének működését, és ha a normálistól eltérő állapotot észlelünk, akkor azt korrigálnunk kell. Az érzéstelenítés formáját a tervezett beavatkozástól, az Ön általános állapotától, kísérő betegségeitől függően választjuk ki. Szükségesnek tartjuk azonban, hogy erről megfelelő tájékoztatást kapjon és a rendelkezésre álló lehetőségek közül választhasson. Ehhez kívánunk most néhány általános támpontot adni.

Egyes műtéteknél lehetőség van a **helyi, vagy vezetéssel érzéstelenítési formák** alkalmazására. Ilyenkor a műtéti területtől távolabb, például végtag „tövénel” történik az érzéstelenítés, illetve a gerincszatrnába juttatunk helyi érzéstelenítő gyógyszert, amelynek segítségével a műtéti területen a fájdalom érzést átmenetileg néhány órára kikapcsoljuk. A fájdalommentesség mellett az adott terület mozgását is többé-kevésbé felfüggesztjük. Az érzéstelenítés ezen formájának alkalmazásakor fájdalmat Ön nem érez, természetes félelemét, idegességét nyugtatók, enyhe altatók adásával szüntetjük meg. A beavatkozás ideje alatt Ön ébren is lehet, amennyiben úgy kívánja, ám magát a műtétet nem láthatja. Ez az anesztézia lényegesen kisebb megterhelést jelent szervezetének, mint a másik nagy érzéstelenítési csoport, az altatás (más néven általános érzéstelenítés).

Altatás alkalmazása esetén megfelelő gyógyszeres előkészítés után vénabiztosítást követően altatószereket adagolunk részben a vénán keresztül, részben úgynevezett altatógázok alkalmazásával. Ebben az esetben Ön gyorsan alvó állapotba kerül, majd fájdalom érzésének teljes megszüntetése után, ha szükséges, izmait ellazítjuk, légsővében puha csövet vezetünk, melyen keresztül kézi, vagy gépi úton folyamatosan lélegeztetjük. Életműködéseit műszereink segítségével folyamatosan ellenőrzés alatt tartjuk. A beavatkozás végén megfelelő fájdalomcsillapítást alkalmazva felébresztjük, majd az ébredő szobában helyezük el. Itt állandó, fokozott felügyeletet biztosítunk, amelyre azért van szükség, mivel az altatás utáni időszak a legveszélyesebb az esetleges szövődmények kialakulása szempontjából. A megfelelően stabil állapot kialakulása után szállítjuk vissza az alap osztályhoz tartozó kórterembe.

A szövődmények az enyhébbektől a súlyosabbakig terjedhetnek az Ön általános állapotától és az elvégzett beavatkozástól függően. Ezek túlnyomórészt olyan elváltozások, amelyek átmenetiek, azonnal korrigálhatók, nagyrészt az Ön számára észrevétlenek is maradnak (pl. szívritmus-zavar, vérnyomás-emelkedés, -csökkenés, enyhébb allergiás reakció, átmeneti gégegörcs). Előfordulhatnak az Ön számára kisebb-nagyobb kellemetlenséget okozó történések, melyek szintén nem okoznak tartós, maradandó károsodást (pl. fejfájás, hányás, hányinger, remegés, hidegrázás, vénaszúrások helyén keletkező bevérzések, fogsérülés, gyomortartalom légutakba kerülése hányás kapcsán).

Szerecsőre a súlyos szövődmények (pl. szívelégtelenség, keringéscsökkenés, ideg-sérülés, oxigén hiányos agy- vagy szívizom-károsodás, tüdőembólia, maradandó károsodást okozó sérülések) ma már csak igen kis számban fordulnak elő, kialakulásuk megelőzhető, így a kockázati minimálhásra csökkenthető.

A részletes tájékoztatás érdekében lehetőség szerint az érztelentítést végző orvos megbeszéli Önrel, a felmerülő problémákat és válaszol kérdéseire, azonban ettől függetlenül kérjük, hogy az alábbiakban felsoroltakat szíveskedjen betartani:

- Előző kórházi kezeléséről szólt zárójelentését, vizsgálati leletét bocssássa rendelkezésünkre, és ha felítelentült ismertesse!
- Kérjük, szíveskedjék tájékoztatni az esetleges krónikus betegségeiről vagy állandóan szedett gyógyszeréről aható orvosát, aki megbeszéli Önrel, hogy ezek közül melyeket kell elhagynia, módosított adagban alkalmaznia illetve felítelentült bevennie a beavatkozás előtt.
- Amennyiben gyógyszer, vagy vegyszer érzékenységről tud, azt ne felejtse el, közölni!
- Beavatkozás előtt este már csak folyadékot fogyasztson, illetve éjféltől kezdve azt sem, kivéve, ha orvosai másként rendelkeznek. Ha dohányzik, azt az érztelentítés előtt lehetőség szerint hagyja el! Amennyiben kivéteő műfogsora van, azt szíveskedjen a beavatkozás előtt kivenni és biztonságba helyezni!
- Értéktárgyait (ékszerek, pénz) szíveskedjen az osztályos nővérek átvételéi elismertvény ellenében átadni, vagy hozzátartozóival hazaküldeni!
- Amennyiben körmöket lakkozta, azt szíveskedjen eltávolítani és a beavatkozás előtt bizonyos kozmetikumok (testápoló, smink, parfüm) használatát is szíveskedjen mellőzni!
- A felmerülő kérdéseivel forduljon bizalommal az Önt felkereső orvoshoz, aki részletesen tájékoztatni fogja Önt a tervezett érztelentítésével kapcsolatos problémákról.

Tervezett érztelentítés típusa:

Tájékoztatót végző orvos neve:


Orvos aláírása, bélyegzője:

Ezen tájékoztató aláírásával Ön, vagy törvényes képviselője beleegyezést adja a tervezett érztelentítés elvégzésébe, és egyben elismeri, hogy minden szempontból megfelelő és kielégítő tájékoztatásban részesült.

Reméljük, hogy ezen tájékoztató figyelmes átolvasása a felmerült problémák tisztázása után nyugodtan tekinti az Öntre váró beavatkozás elé és nagyobb bizalommal lesz orvosai iránt, akik az orvosi esküjük értelmében azon fáradoznak, hogy Ön minél több gyógyultan térhessen vissza családjához, munkájához.

Kiskunhalas,

.....
beteg, vagy törvényes képviselője

 Kiskunhalasi Semmelweis Kórház	MŰTÉTI BELEEGYZŐ NYILATKOZAT ÁLTALÁNOS
--	---

Alulírott (név):..... kijelentem, hogy az itt megnevezett orvosi eljárásra vonatkozóan számomra érthetően és részletesen az alábbi tájékoztatást kaptam: Dr. - től.

1. Betegségem megnevezése:
2. A gyógymód célja:
3. Az eljárás technikája:
4. Az eljárás esetleges veszélyei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:
5. Ezen eljárás elmaradásának esetleges veszélyei (kockázatai), valamint a számomra egyéb lehetséges gyógymódok előnyei és hátrányai:
6. A fentiekkel kapcsolatosan a személyes megbeszélés során szóban feltett további tájékoztató kérdéseim és az erre kapott számomra érthető válaszok lényege:
7. Ezen nyilatkozat aláírásával:
hozzájárok – nem járlok hozzá a fenti beavatkozás elvégzéséhez

Tudomásul véve azt, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására, amely esetben az egészségi állapotom alakulásának felelőssége alól kezelőimet felmentem.

Továbbá tudomásul vettem azt is, hogy az átlagostól eltérő kockázatot jelenthet számomra a felajánlott gyógymód, illetve a vizsgálat során esetlegesen újonnan felderített és így ez ideáig meg nem állapított betegségek vagy eltérések állapotjavulásomat kedvezőtlenül befolyásoló tényezők fennállása.

Tájékoztatósi rendeltetésim:

- a) a betegségemről csak a kezelésemben résztvevő szakemberek tájékoztathatók
- b) a fentiek kivül csak abban az alábbi személyek kaphatnak

- tájékoztatói információt.....
- korlátozott információt, amelynek lényegi tartalma csak az lehet, hogy

9. Tudomásul veszem, hogy az orvosi beavatkozás teljeskörű (vagyis legapróbb részletekre is kiterjedő) tájékoztatása nem várható el, mivel ezt a Legfelsőbb Bíróság közzétett eseti döntésében sem követelte meg az 5 %-nál kisebb előfordulási arányú kockázatokra vonatkozóan, így elfogadom, hogy tájékoztatásom az ilyen ritkán előforduló kockázatokra nem terjed ki, és belegegyezésemet mindezek tudatában adom meg.

Jelen döntésemet minden kényszeről mentesen akkor hoztam, amikor az összes kérdésemre választ kaptam, és azokat megérttem. Elismérem, hogy a tájékoztató belegegyezésemhez minden szükséges, általam érteit információit megadott, és annak átgondolásához elegendő időt biztosított.

..... a beteg olvasható aláírása vagy a törvényes képviselő olvasható aláírása

szül. adatok:
lakcím:
szül. adatok:
lakcím:

Kiskunhalas, 20..... hónap nap

.....
beavatkozást és tájékoztatást végző orvos
olvasható aláírása, pecsét

* nem kívánt rész tartandó
** esélytelenül vagy korlátozott esélytelenséggel esetén a beteg helyett csak a törvényes képviselő írhatja alá



Alulírott:

Anyja neve:

Születési hely (ország, város), idő:

Lakcím:

Útlevelezszám: Személyi igazolvány szám:

a. Elismerem, hogy év hó naptól év

..... hó napig a Kiskunhalasi Semmelweis Kórház.....

..... részlegén gyógykezeléssel kapcsolatban

felmerült Ft, azaz

.....Ft ápolási költséget az intézetből történő távozásom alkalmával nem

egyenlítetttem ki.

b. Elismerem, hogy év hó napján a Kiskunhalasi Semmelweis

Kórház szakrendelésén gyógykezeléssel

kapcsolatban felmerült Ft azaz.....

.....Ft költséget az intézetből történő távozásom alkalmával nem

egyenlítetttem ki.

EU-KÁRTYÁVAL RENDELKEZEM

EU-KÁRTYÁVAL NEM RENDELKEZEM

(megfelelőt kérem aláhúzni!)

Amennyiben EU-Kártyával rendelkezem, de gyógykezelésem során azt felmutatni nem tudtam,

kötelezettséget vállalok arra, hogy érvényes EU-kártyámat 15 napon belül bemutatom, abban az

esetben ha ez nem történik meg a gyógykezeléssel kapcsolatban felmerült fenti forint összeg

tartozást elismerem, és kötelezem magam annak 15 napon belül történő kiegyenlítésére.

A Kiskunhalasi Semmelweis Kórházat megillető fenti tartozásom behajtásra illetékes szerv (Sigma

Követeléskezelő ZRT. 1025 Budapest, Kapy u. 15.) felszólítására – amennyiben felszólítás előtt

még nem egyenlítetttem ki – feltétel nélkül megfizetem.

Kiskunhalas,.....

beteg aláírása

Tanú neve: Tanú neve:.....

Személyazonosságot igazoló okmány száma: Személyazonosságot igazoló okmány száma:

.....

.....

aláírás

aláírás

Kiállította:

Név:.....

Aláírás:.....

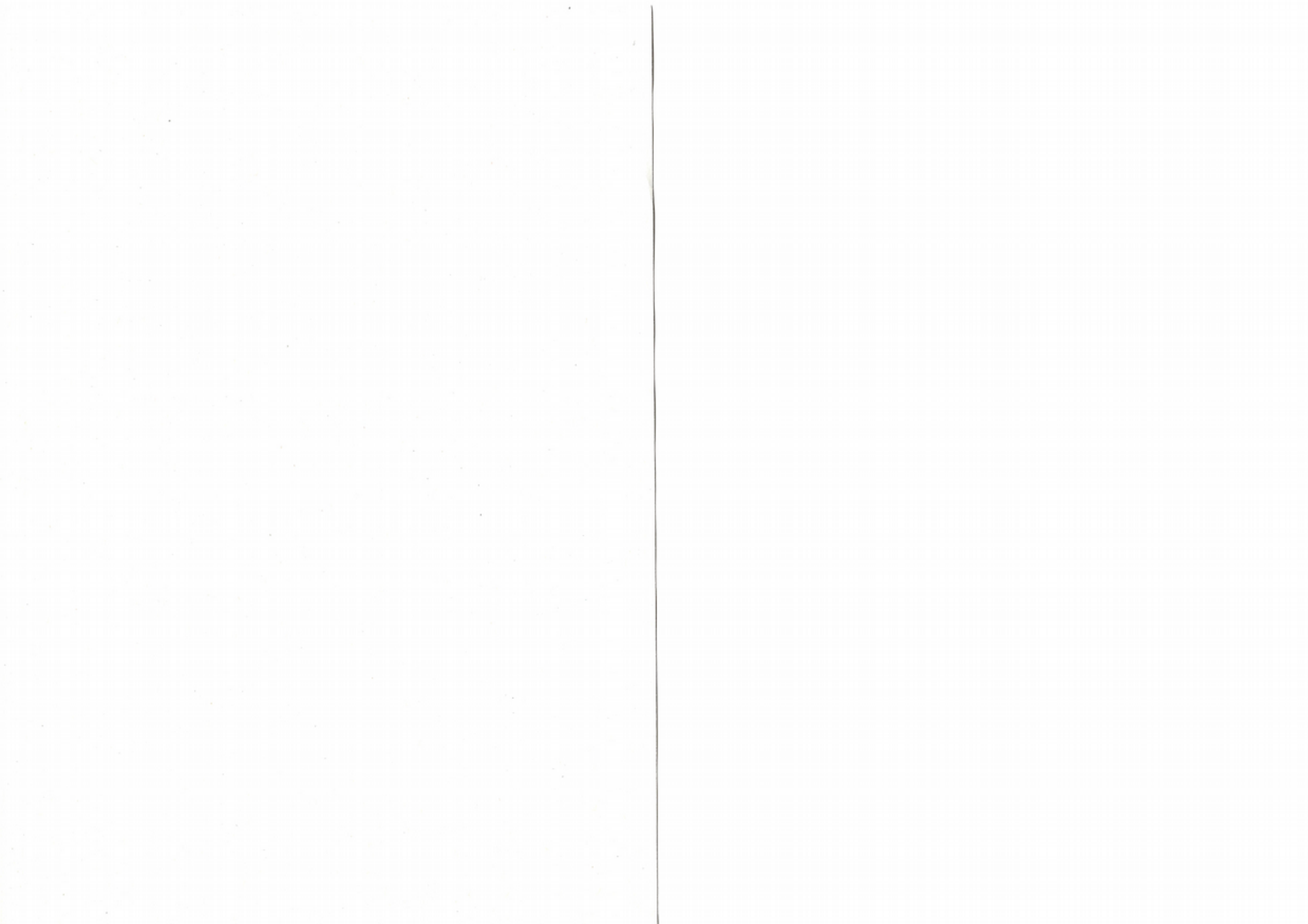
Dátum:.....

Osztályos pecsét helye

Kezelő orvos (pecsét)

Készült: 3 pld. Kapják: 1 pld. beteg 1 pld. pénzügyi osztály 1 pld. ellátó osztály

Melléklet: a beteg személyes okmányainak másolata



Kiskunhalai Semmelweis Kórház
6400 Kiskunhalas, Dr. Monszpart L. u. 1.
Szülészeti
Osztályvezető főorvos: Dr. Horváth Attila
Tel.: 77/522-058

NYILATKOZAT

Alulírottak

Név:
Születési hely, dátum:
Lakcím:
SZIG szám:

Házastárs/élettárs adatai:

Név:
Születési hely, dátum:
Lakcím:
SZIG szám:

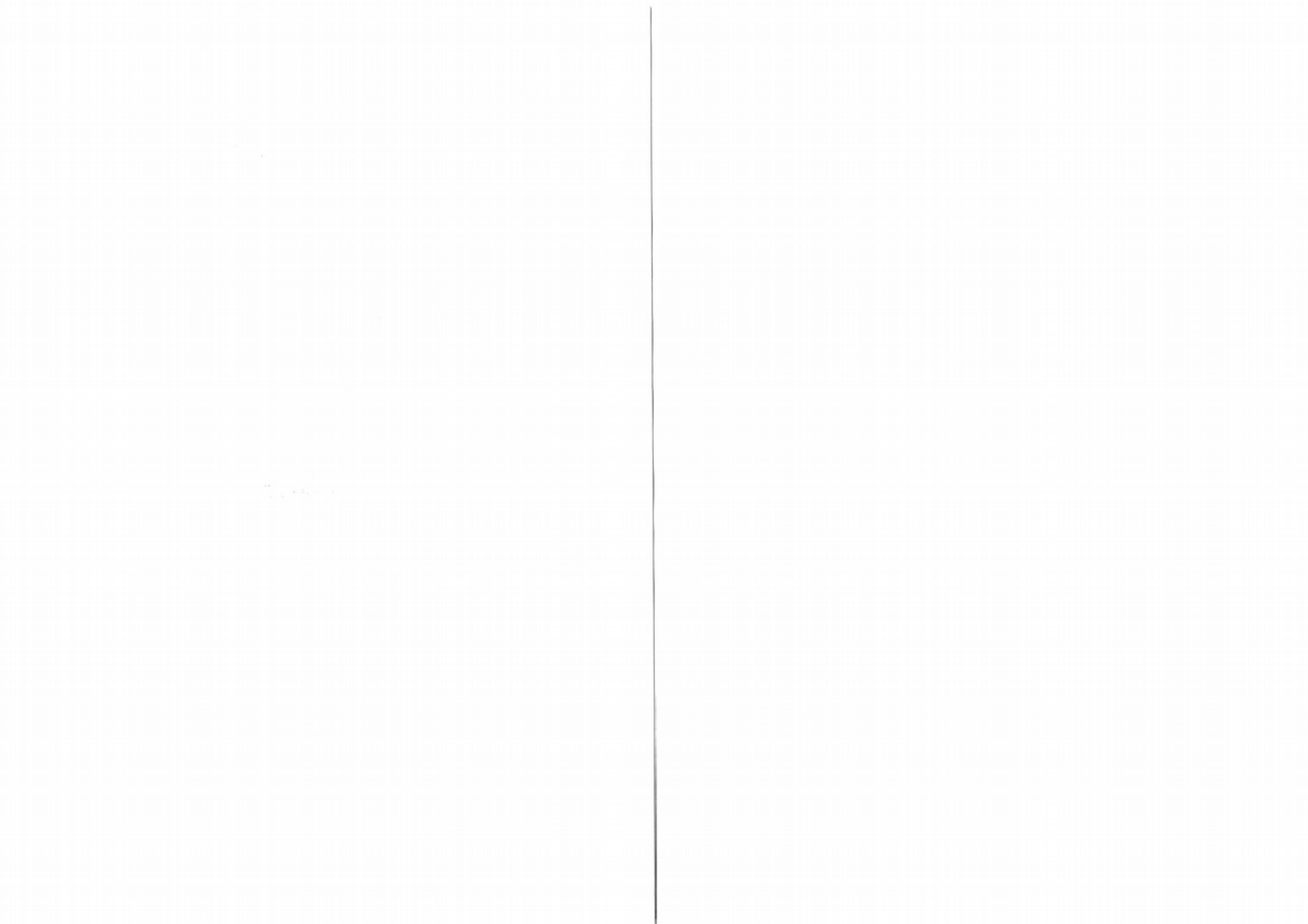
ezúton nyilatkozunk és tudomásul vesszük, hogy nevű
201-n gyermekünk megszületésekor az ellátó orvos által
köldökszínórból levett vér technikai lebonyolítása, szállítása és tárolása során fellépő
esetleges problémákért az ellátó intézményt és orvost felelősség nem terheli, mivel a
vérvétel és szállítás a gyűjtő ill. tárolást végző, velünk szerződésben álló intézmény
utasítása szerint történik. Ezen nyilatkozatunkkal mindennemű kártérítési igényünkről a
vérvétel lehetőségét biztosító intézmény irányában végérvényesen lemondunk.

Kiskunhalas,

Anyja: Apa:

Tanú: Tanú:

A nyilatkozat a kórlap-dokumentáció részét képezi.





_____ részleg

A Kiskunhalasi Semmelweis Kórház vállalja, hogy

név:

TAJ:

lakcím:

Területen kívüli beteget az intézet saját TVK-ja terhére ellátja.

Kiskunhalas, 20..... ..

.....
Kezelőorvos, ph.