

# 1. BELEEGYZÉS KEZELÉSBE, BEAVATKOZÁSBA AZ ÚJSZÜLÖTT RÉSZLEGEN

Név: \_\_\_\_\_

Lakcím: \_\_\_\_\_

Alulírott \_\_\_\_\_ zülő/törvényes képviselő **tanúsítom**, hogy engem \_\_\_\_\_ az alábbiakról világosított fel: \_\_\_\_\_ az újszülött betegsége, mely a kórisme szerint/illetve feltételezhetően: \_\_\_\_\_

**Beleegyzem** az alábbi vizsgálatok és járulékos beavatkozások elvégzésébe (megfelelő rész aláhúzendó):

I. röntgen	infúzió
II. UH	ortopédia
III. laborok	hallásvizsgálat
IV. fototerápia	PKU
V. inj. Gardénál	BCG oltás
VI. antibiotikum	

a javasolt gyógymód, mely (magyarul): \_\_\_\_\_

annak leggyakoribb kockázata, reális és hátrányos szövődményei, illetve várható előnye: \_\_\_\_\_

és a helyette alkalmazható gyógymódok és annak esetleges hátránya: \_\_\_\_\_

**Kijelentem**, hogy a beavatkozás, kezelés természetéről és céljairól, a várható előnyökről és az ezekkel járó kockázatról, a kötelező elővigyázatosság ellenére adódó szövődmények lehetőségéről, valamint az újszülött kezelésének egyéb lehetséges módozatairól **megfelelő tájékoztatást kaptam**.

Ismertették velem, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.

**Beleegyzem a szükségesnek tartott** gyógyszerek, kábítószeres, vagy más anyagok **adásába**.

**Tudomásul veszem**, hogy az újszülöttnél beavatkozás, kezelés során **eltávolított szövetek, szervek**, patológiai- és kórszöveti **vizsgálatra kerülnek**, továbbá beleegyzem azok esetleges további felhasználásába.

**Beleegyzem**, hogy a beavatkozás, illetve a kezelés menetéről **fénykép, vagy videofelvételek készüljenek** azzal a kikötéssel, hogy azokon az újszülött nem válik felismerhetővé.

**Tudomásom van arról**, hogy a gyógyintézetben egészségügyi személyzet képzése is folyik, és ezért **beleegyzem** abba, hogy az újszülött kezelésében – felelős személy jelenlétében és annak felügyelete mellett – nemcsak orvosok, hanem **orvostanhallgatók, és más egészségügyi szakdolgozók** is részt vehessenek, akiket szintén az orvosi titoktartás kötelez.

**Tudomásul veszem**, hogy az újszülött **egészségi állapota, indokolt szakszerű ellátása érdekében** a rajta végzendő beavatkozást az osztályvezető főorvos, vagy helyettese által kijelölt orvos végzi, illetve irányítja az Egészségügyi Törvény figyelembevételével.

**A kapott tájékoztatást elegendőnek találtam**, további felvilágosítást abban az esetben kérek, ha beavatkozásokat tesz szükségessé.

Amennyiben a részletes orvosi felvilágosítás ellenére az újszülöttnél tervezett beavatkozást, illetve kezelést elutasítom, annak következményeiért a felelősséget átvállalom, azokat az orvosokat, akiktől a javasolt orvosi beavatkozást nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. Ebből eredően velük, illetve az intézménnyel szemben semminemű igényt nem támasztok.

## ÚJSZÜLÖTTLÁTOGATÁSI NYILATKOZAT

Az Újszülött részleg Szakmai és Működési rendje szerint az újszülötteket az erre a célra rendszeresített bemutatóablakon keresztül lehet látogatni. Amennyiben az újszülöttet hozzájárulásommal, vagy kérésemre ettől eltérő módon látogatják, akkor az ebből adódó esetleges fertőzések következményeiernt a felelősséget én vállalom.

Egyben tudomásul veszem, hogy amennyiben az Újszülött részleg Szakmai és Működési rendjében előírtaktól eltérően az újszülöttet nem az újszülött részleg által biztosított kiságyban helyezem el, úgy az újszülött testi épségével kapcsolatos mindennemű felelősség engem terhel.

### 3. ADATVÉDELEM

Kérjük, hogy az alábbi táblázatban az „igen” vagy a „nem” rovatban „X”-szel jelölje, hogy hogyan rendelkezik! Minden kérdésre válaszoljon és mindegyikre **csak az egyik oszlopba tegyen jelet!**

	igen	nem
Az érdeklődőknek (porta, telefon) az újszülött bennfekvése tényét és az ápoló osztálya nevét megadhatják.		
Az újszülött egészségügyi dokumentumaiba a közeli hozzátartozói betekintheznek		

Az alábbi rovatokba írja a megfelelő személy nevét, lakcímét, és telefonszámát, vagy húzza ki, ha üresen akarja hagyni.

	Név	Lakcím	Telefonszám
Az újszülött állapotával, bennfekvésével kapcsolatban kérem értesítsék:			
A tájékoztatás jogáról lemondok, az újszülött betegsége részleteiről helyettem tájékoztassák:			

A többi jog (pl. beleegyezés és beavatkozás visszautasítása) gyakorlását átruházni csak hiteles köz- vagy magánokirattal lehet. Erről kérdezze orvosát.

Megjegyzés:

**A betegjogi tájékoztatót elolvastam, és tudomásul vettem.**

**A fenti pontokban foglaltakat tudomásul veszem, és beleegyezésemet adom.**

**A ..... pontokban foglaltakba nem egyezem bele.**

Sopron, 2019.07.15.

.....  
szülő vagy meghatalmazott hozzátartozó aláíratájékoztató orvos aláírása  
elérhetőségi telefonszáma:

.....  
felvevő ápoló aláírása