



## Veszprém Megyei Tüdőgyógyintézet

H-8582 Farkasgyepű

049/2 hrsz.

Központi telefon: +36 (89) 358-013, Titkárság: +36 (89) 358-001

Fax: +36 (89) 358-088

E-mail: [igazgatas@farkasgyepukorhaz.hu](mailto:igazgatas@farkasgyepukorhaz.hu)

### Általános beleegyező nyilatkozat a kórházi felvételhez, kezeléshez

Beteg neve:.....

Anyja neve:.....

Születési idő:

Lakcím:.....

Ezen nyilatkozat aláírásával beleegyezésemet adom, hogy felvételre kerüljek a Veszprém Megyei Tüdőgyógyintézet ..... osztályára. **Amennyiben a tervezett kórházi kezelésem többszöri felvételt igényel, úgy ezen általános beleegyező nyilatkozatomat a kezelés befejezéséig érvényesnek tekintem.**

Beleegyezem, hogy kórházi tartózkodásom alatt a diagnózis megállapításához vagy annak pontosításához, valamint a gyógykezelésemhez szükséges **diagnosztikai vizsgálatokat és terápiás eljárásokat az orvos elvégezze. Az előrelátható orvosi intézkedésekkel és kezelésmódokkal egyetértek. Beleegyezem a szükségesnek tartott gyógyszerek, kábítószeres, infúziók és más, a kezelés során szükségessé váló anyagok beadásába.**

Tudomásul veszem, hogy minden magas kockázattal járó diagnosztikus, vagy terápiás beavatkozás esetén külön beleegyező nyilatkozatot kell megismernem és aláírnom.

Tudomásul veszem, hogy a szakszerű kivizsgálás esetén előfordulhatnak előre nem látható szövődmények amelyek egészségi állapotomat a várható gyógyulás időtartamot kedvezőtlenül befolyásolhatják.

Beleegyezem, hogy személyi (személyes) adataimat és egészségügyi adataimat a kórház a vonatkozó nemzeti és uniós jogszabályok betartásával kezelje. \*

Tudomásul veszem, hogy a rám vonatkozó egészségügyi és személyazonosító adatokat megismerhetem, dokumentációmba betekinthetek, orvosi irataimról költségemre másolatot kaphatok, mindezek a jogok az általam megjelölt személyeket is megilletik.

Kijelentem, hogy tájékoztatást kaptam az intézetben működő betegjogi képviselő személyéről és elérhetőségéről.

**Kijelentem, hogy kezelőorvosom gyógykezelésemmel, betegségemmel kapcsolatban teljes körűen tájékoztatott.** Tudomásul veszem, hogy a javasolt vizsgálatokat és kezeléseket bármikor elutasíthatom. Az emiatt bekövetkező állapotrosszabbodásért egyéb hátrányos következményekért minden felelősség engem terhel.



## Veszprém Megyei Tüdőgyógyintézet

H-8582 Farkasgyepű

049/2 hrsz.

Központi telefon: +36 (89) 358-013, Titkárság: +36 (89) 358-001

Fax: +36 (89) 358-088

E-mail: [igazgatas@farkasgyepukorhaz.hu](mailto:igazgatas@farkasgyepukorhaz.hu)

### Tájékoztatási rendelkezések a kórházi felvétel kapcsán

**Az érdeklődőknek a bentfekvésem tényét, és az ápoló osztályom nevét:**

**megadhatják** ☐

**nem adhatják meg** ☐

**Megtiltom, hogy az intézet a gyógykezelés tényét vagy az azzal kapcsolatos egyéb információt más előtt feltárja.** Tudomásul veszem, hogy az Intézet ettől eltekinthet, ha a törvény elrendeli, mások életének, testi épségének és egészségének védelme szükségessé teszi illetve további ápolásomat, gondozásomat végző személlyel közölni lehet azokat az egészségügyi adatokat, amelyek ismeretének hiánya egészségi állapotomnak károsodásához vezethet. ☐

**A betegségem természetével kapcsolatos tájékoztatásról lemondok** ☐

**A betegségem részleteiről tájékoztassák / helyettem tájékoztassák**

.....(név, lakcím)

**Az alább megnevezett személyek mindennemű tájékoztatását megtiltom:**

.....  
(a megfelelő részt x-el jelölni szíveskedjék)

### A joggyakorlásra való felhatalmazás

Kijelentem, hogy a Veszprém Megyei Tüdőgyógyintézetbe történő felvétel kapcsán a gyógykezelés tényéről vagy az állapotom kapcsán a gyógykezeléshez, illetve beavatkozáshoz való hozzájárulás jogát cselekvőképtelenségem esetén helyettem **törvényes képviselőm / alábbi cselekvőképes személy jogosult gyakorolni.**

.....(név, lakcím)

A fenti tájékoztatást megértettem, tudomásul veszem és magamra nézve kötelezően elfogadom. Kellő idő állt rendelkezésemre, hogy a fentiek elfogadásáról szabadon dönthessek.

Kijelentem, hogy felvételemmel kapcsolatban további kérdésem nincs. Kijelentem, hogy fenti nyilatkozataim akaratommal mindenben megegyeznek, a Veszprém Megyei Tüdőgyógyintézetbe történő felvételemhez, gyógykezeléseimhez fentiek szerint hozzájárulok, és ezt aláírásommal is megerősítem.

Farkasgyepű, 20....év .....hó .....nap

.....  
felvevő orvos aláírása, Ph.

.....  
beteg aláírása

.....  
törvényes képviselő  
aláírás



**Veszprém Megyei Tüdőgyógyintézet**

**H-8582 Farkasgyepű**

049/2 hrsz.

Központi telefon: +36 (89) 358-013, Titkárság: +36 (89) 358-001

Fax: +36 (89) 358-088

E-mail: [igazgatas@farkasgyepukorhaz.hu](mailto:igazgatas@farkasgyepukorhaz.hu)

Előttünk, mint tanúk előtt:

Tanú (név, lakcím, aláírás):

Tanú (név, lakcím, aláírás):

---

**\* Jogsabályok:**

- Az Európa Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendelete a természetes személyeknek s személyes adatok tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46 EK irányelv hatályon kívül helyezéséről (általános adatvédelmi rendelet, hatályos: 2018. május 25-től és közvetlenül alkalmazandó).
- 2011. évi CXII. törvény az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról
- 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről
- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.