



Általános beleegyező nyilatkozat

Beteg neve:

Születési hely, év, hó, nap:

TAJ szám:

--	--	--

--	--	--

--	--	--

Nyilatkozattételre jogosult személy¹

pontos jogállása/meghatalmazás csatolásának jelzése:.....

Kezelőorvosom Dr. személyes megbeszélés
alkalmával részletesen és személyre szabottan tájékoztatott:

- egészségi állapotomról, beleértve ennek orvosi megítélését is,
- a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról,
- a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól,
- a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjairól,
- döntési jogomról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében,
- a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről,
- az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről,
- a további ellátásokról, valamint
- a javasolt életmódról.

Jelen beleegyező nyilatkozathoz tartozó szóbeli, és a azonosítószám² írásbeli betegtájékoztatót megértettem és tudomásul vettem.

A magyarázatokat megértettem, az ezzel kapcsolatos kérdéseimre kielégítő válaszokat kaptam, a körülményekhez képest kellő idő állt rendelkezésemre, hogy szabadon eldöntsem milyen gyógymodot/terápiát válasszak.

Kezelőorvosom folyamatosan fog állapotomról, illetve annak változásáról megfelelő felvilágosítást adni. Tudomásul veszem, hogy a jelen tájékoztatás során és azt követően is jogom van további kérdésre.

A tájékoztatás eredményeként

- Megismertem az ellátásban közvetlenül közreműködő személyek nevét, szakképesítését és beosztását.
- Az egészségügyi intézmény házirendjét megismertem, az abban foglaltak betartásában együttműködöm az egészségügyi intézmény dolgozóival. A hozzátartozómmal való kapcsolattartás jogáról tájékoztattak, így arról tudomásom van.

¹ Nyilatkozattételre jogosult személy:

- a cselekvőképes beteg által közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban megnevezett cselekvőképes személy (Eütv. 16. § (1) bekezdés a) pontja)
- amennyiben a beteg cselekvőképtelen, akkor a törvényben meghatározott sorrendben: a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes házastárs, bejegyzett élettárs, cselekvőképes gyermek testvér, ezek hiányában a beteggel közös háztartásban nem élő cselekvőképes gyermek, szülő, testvér, nagyszülő, unoka (Eütv. 16. § (2) bekezdése).

² Amennyiben volt írásbeli betegtájékoztató, kérjük az azonosító számát megadni.

Az ellátás ideje alatt az orvosi előírásokat betartom, különös tekintettel a kórházi diétára vonatkozó előírásokat, valamint a korábbi gyógyszereimet csak az orvos előzetes tájékoztatása és utasítása után szedem be

3. Felvilágosítást kaptam arról is, hogy jogomban áll az ellátást visszautasítani, helyette más eljárást kérni. Tudomásul veszem, hogy ezen döntést szabad akaratomból hozhatom, ezért az ebből fakadó esetleges károkért a vizsgáló/kezelőorvosomat felelősség nem terheli, mert a kellő tájékoztatást megadta a következmények vonatkozásában, valamint azt is tudomásul veszem, hogy ezzel a döntéssel esetlegesen nehezítem a diagnózisom pontos felállítását, illetve a gyógyításomat. Amennyiben az ellátás elmaradása esetén egészségi állapotomban várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be, csak közokiratban (közjegyző által hitelesített) vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban (saját kezűleg írt és aláírt, vagy géppel írt, saját kezűleg aláírt és két tanú által hitelesített) utasíthatom vissza az ellátást. Nem utasíthatok vissza ellátást, ha azzal mások egészségét vagy testi épségét veszélyeztetem.
4. Tájékoztatást kaptam arról, hogy a rólam készült dokumentációba betekinthelek, arról írásban közölt kérésemre másolatot kaphatok a másolási díj megtérítése ellenében.
5. Jogomban áll – az erre vonatkozó nyilatkozat kitöltésével – megjelölni azt a személyt/személyeket, akiket az állapotommal kapcsolatban kezelőorvosom tájékoztathat, illetőleg megjelölni azt a személyt /személyeket, akik állapotomról, kezeléséről tájékoztatást nem kaphatnak.
6. Az egészségügyi intézményt bármikor elhagyhatom, erre vonatkozó szándékomat távozásom előtt kezelőorvosomnak írásban tett nyilatkozattal köteles vagyok előre jelezni. Amennyiben az egészségügyi intézménynt bejelentés nélkül hagyom el, akkor ezért a felelősség engem terhel.
7. Tájékoztatást kaptam arról is, hogy az egészségügyi ellátással kapcsolatban panasszal az intézmény vezetőjéhez fordulhatok, jogaim megismerésében és érvényesítésében a betegjogi képviselő nyújt segítséget, akinek a kilétét és elérhetőségét a kifüggesztett tájékoztatóból ismerhetem meg.
8. Tájékoztattak arról, hogy a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ az egészségügyi ellátóhálózat egészségügyi szakember-képzésre kijelölt intézménye, ezért a gyógykezelésem során jelen lehet az egészségügyi szakember-képzés céljából orvos, orvostanhallgató, egészségügyi szakdolgozó, egészségügyi főiskola, egészségügyi szakiskola vagy egészségügyi szakközépiskola hallgatója valamint tanulója.
9. Hozzájárulásomat **adom/nem adom** (a kiválasztott válasz aláhúzendő), hogy a betegazonosító karszalagon nevemet és születési hónapomat feltüntessék.
10. Tájékoztattak arról, hogy az adott beavatkozás kapcsán lehetőségem van ezen általános beleegyezés visszavonására (kezelőorvos részére, saját kezűleg írt és aláírt, vagy géppel írt, saját kezűleg aláírt és két tanú által hitelesített nyilatkozatban). Megértettem, hogy a beleegyezés **alapos ok nélküli** visszavonása esetén kötelezhető leszek az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

Szeged,

beteg aláírása	nyilatkozattételre jogosult személy aláírása	orvos aláírása PH.
----------------	--	-----------------------