

TUDATOS ÉS TÁJÉKOZOTT BELEEGYEZÉS

Alulírott _____,

lakos, személyi igazolvány száma: _____,

személyi azonosító száma: _____ az alábbi minőségben:

a) beutalt beteg a/az _____ osztályra;

b) _____ éves _____ nevű gyermek törvényes képviselője;

c) _____, döntésképtelen beteg hozzátartozója (férj, feleség,

testvér, gyermek), kijelentem:

1. Beleegyezem a kórház _____ osztályára való beutalásomba.
2. Tudomásom van arról, hogy jogomban áll egy más személy jelenlétét kérni (személyes képviselő) annak érdekében, hogy segítsen megadni a beleegyezést abba, hogy elvégezzék a diagnózis megállapításához szükséges vizsgálatokat, alkalmazzák a gyógykezelést, és elvégezzék a szükséges beavatkozásokat.
3. Ugyanakkor tisztában vagyok azzal a jogommal, hogy visszautasíthatom a kezeléseket/beavatkozásokat, amelyekkel nem értek egyet.
4. Tudomásomra hozták világosan, érthetően és tiszteletteljesen a következőket:
 - *A diagnózist és ahogyan megállapították azt;
 - *A javasolt kezelés/beavatkozás célját és módszerét, illetve, hogy az miképp válik az javamra;
 - *A kezelés és/vagy sebészeti beavatkozás esetleges kellemetlenségeit, mellékhatásait;
 - *Más lehetséges gyógymódokat;
 - *A beavatkozás visszautasításának vagy a kezelés orvosi jóváhagyás nélküli megszakításának kockázatait és következményeit.
5. A tőlem levett biológiai mintákat (vér, vizelet, szövetek) felhasználhatják tudományos, oktatási célokra, lefénnyképezhetik, közölhetik az én további beleegyezésem nélkül, bizalmasan kezelve.
6. Tájékoztattak, hogy az orvosi ellátás mellett nevelési folyamat is zajlik és a tisztesség és jóérzés határain belül részt vehetek ez utóbbin, de ez nem mehet a betegellátás rovására. Továbbá tájékoztattak arról, hogy visszautasíthatom ezt elvből vagy az általam választott alkalmakkor anélkül, hogy magyarázattal tartoznék és páciensi jogaim csorbulnának.
7. Tájékoztattak, hogy jogomban áll visszautasítani a testem lefénnyképezését, az orvosi tájékozódáshoz, dokumentációhoz szükséges felvételeket kivéve, ezeket engedélyezhetem azzal a feltétellel, hogy a jellegzetes arcvonásokat eltakarják.
8. Tudomásomra hozták a betartandó Belső Rendszabályzatot, amit tiszteletben kell tartanom és megfelelően fogok viselkedni a kórházi személyzettel, valamint a többi beteggel.
9. Tudomásul vettem, hogy a kórház területén belül, mindenhol tilos a dohányzás. **Ezen előírás be nem tartásáért 100-tól 500 RON-ig terjedő büntetés szabható ki.**
10. Tanúsítom, hogy a technikai és egészségügyi felszerelések jól működő állapotban vannak, az ágynemű tiszta, és vállalom az általam okozott károk megtérítését, ha erre szükség lesz.
11. Tudatták velem, hogy jogom van második orvosi véleményhez, ismerem a rendelkezésemre álló orvosi szolgáltatásokat, és az engem kezelő személyzet beosztását és személyazonosságát.
12. Tájékoztattak arról, hogy a személyes jellegű adataimat a törvény által meghatározott módon kezelik.

Következtetésképp, a meghatározott feltételek mellett és a tények tudatában, beleegyezésemet adom, hogy:

- | | |
|---|--|
| - szövetmintákat vegyenek a diagnózis felállítása céljából | Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> |
| - a kórház és az osztály belső rendszabályzatát, valamint a beutalt betegre vonatkozó rendszabályzatot betartom | Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> |
| - a személyes jellegű adataimat a törvény által meghatározott módon kezeljék | Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> |
| - a kórlapban szereplő adataimat felhasználják statisztikai adatokhoz | Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> |
| - a gyakornokok látogathatnak és kisebb kezeléseket hajthatnak végre | Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> |
| - részt vegyek a kórházban folyó oktatási tevékenységben | Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> |
| - fertőző vagy genetikai betegségek kimutatásához szükséges mintavételeket elvégezzék | Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> |
| - felhatalmazom az osztály orvosait és orvosi személyzetét (asszisztenseket, betegápolókat, beteghordozókat), hogy a kezelőorvos által szükségesnek ítélt eljárásokat elvégezzék. | Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> |

Megjegyzés

Az egységünk által alkalmazott eljárások, amelyek elvégzéséhez beleegyezését adja, a következők:

- vénapunkció, vénás branül vagy vénakatéter alkalmazása;
- vérvétel és biológiai minták vétele;
- intravénás gyógyszeres kezelés;
- intravénás perfúzió;
- gyógyszerbeadás izomba, bőr alatti kötőszövetekbe, bőrbe;
- gyógyszerbeadás szájon át;
- gyógyszeres kezelés végbélen és/vagy hüvelyen keresztül (kúpok);
- az operáció során keletkezett seb ellátása és kötözése;
- képalkotási eljárások elvégzése (röntgen, CT);
- hólyagkatéter felhelyezése;
- helyi érzéstelenítés;
- kiürítő beöntés.

Tudomásul vettem a fenti eljárások kockázatait és esetleges mellékhatásait és tudom, hogy egyes eljárásokat szövődmények kísérhetnek, ezeket az egység orvosi személyzete ismertette velem.

Ugyanakkor tudatos beleegyezésemet adom a következő **kezelés/sebészeti kezelés elvégzésére**¹:
_____ és szövetminta vételére a diagnózis megállapítása céljából.

* A kezelés/műtét és más terapeutikus eljárások végrehajtásának/elmulasztásának célját és természetét, kockázatait és jótékony hatásait számomra érthetően elmagyarázta dr. _____.

* A kezeléssel/műtéti beavatkozással járó fertőzés és az előre nem látható, megjósolhatatlan kockázatokat (ideértve az elhalálozás kockázatát is), legyen az bármily csekély, elmagyarázták nekem, éppúgy, mint ahogy a specifikus vizsgálatok kockázatait is, melyek az elvégzendő operáció/kezelés részét képezik. Kijelentem, hogy tudatában vagyok és vállalom eme kockázatokat, mivel a beavatkozás/kezelés az én javamat szolgálja.

* Következtetésképp, belátom a javasolt operáció/kezelés szükséges voltát és azt, hogy nem adható tökéletes biztosíték a végeredményről.

Vészhelyzet esetén, a beutalás ideje alatt, az orvosi személyzet felhatalmazott bármilyen vizsgálat elvégzésére vagy orvosilag indokolt sebészeti beavatkozást/ismételt beavatkozást eszközölhet, tisztességes egészségügyi feltételek mellett. Kivételt képez²:

A műtéti beavatkozás elvégzéséhez beleegyezem, hogy a javasolt érzéstelenítést (általános vagy más) alkalmazzák³: _____

Az érzéstelenítés fertőző, szív és érrendszeri, valamint volémiás kockázatait a konzultáció során elmagyarázta dr. _____, anesztéziás és intenzív terápiás szakorvos.

Igazolom, hogy a fentieket elolvastam, megértettem és teljes mértékben elfogadom, következképp aláírom. A beteg aláírása _____ Törvényes képviselő aláírása⁴ _____

(családi név, utónév, rokonsági fok, aláírás)

Megnevezem _____ -t, mint _____ (házastárs, gyermek, barát, szomszéd, stb.), tel.: _____ hogy tájékoztassák az **egészségi állapotom jelentős romlása esetén, és hogy hozzáférhessen a kórlapom bizalmas jellegű adataihoz úgy életem során, mint halálom után.**

Alulírott _____ tanúi minőségben, igazolom, hogy jelen beleegyezési ívet az én jelenlétemben töltötte ki és írta alá a beteg, önszántából, bármily külső kényszer hatása nélkül.

A tanú aláírása _____ Év _____ hónap _____ nap _____

¹A páciens világosan leírja azt az operációt/kezelést, amelynek aláveti magát, és amelyet elfogad, hogy ne forduljanak elő tévedésen alapuló utólagos panaszok. Például: „a jobb vese eltávolítása”, stb.

²Pl.: egy szerv eltávolítása, utasítás, hogy a szív és a légzés leállásakor ne élesszék újra.

³Az alkalmazandó érzéstelenítés típusának kötelező meghatározása.

⁴Személyi adatok, rokonsági fok lejegyzése és a képviseleti meghatalmazás adatai gyámok esetében.

