



## ÁLTALÁNOS HOZZÁJÁRULÁSI NYILATKOZAT

a beteg neve \_\_\_\_\_ TAJ \_\_\_\_\_ a korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen törvényes képviselőjének neve \_\_\_\_\_

A betegbiztonság növelése érdekében intézményünkben egységes betegazonosító rendszer működik, ezért minden felvett beteg részére kötelező a betegazonosító karszalag viselése.

**Engedélyezem, hogy személyes adataim a karszalagon rögzítésre kerüljenek.** IGEN NEM

Kivéve: .....

**Beleegyezem** gyógyulásom érdekében, a javasolt és előírt **gyógyszeres és nem gyógyszeres** (pl. gyógytorna, diéta, szocio- és foglalkozó terápia) **kezelésbe**, továbbá a betegségem tisztázásához szükséges **vizsgálatok és gyógyító beavatkozások elvégzésébe** (pl. vérvétel, radiológiai vizsgálat, infúzió, injekció, hólyagkatéterezés). Az elvárható legnagyobb gondossággal elvégzett beavatkozások kockázatait, – amelyek átmeneti vagy tartós egészségromlást okozhatnak – és az ezzel járó esetlegesen előforduló szövődmények következményeit vállalom. Tudomásul veszem, hogy az átlagostól eltérő kockázatot jelenthet esetemben a kivizsgálás során fel nem derített betegségek fennállása. Műtétnek minősülő vagy nagy kockázatot jelentő vizsgálati eljárás, invazív beavatkozás, csak **külsőn írásbeli hozzájárulásom** mellett végezhető el. IGEN NEM

**Beleegyezem, hogy a betegség során fellépő kritikus állapotváltozás miatt szükséges vizsgálatokat és műtétet, írásbeli hozzájárulásom nélkül is elvégezzék rajtam.** IGEN NEM

**Beleegyezem, hogy amennyiben állapotváltozásom vagy további gyógykezelésem indokolja és erről megfelelő tájékoztatást kapok, akkor áthelyezzenek másik betegellátó osztályra, valamint ha elkülönítést igénylő fertőző betegséget állapítanak meg, a fertőző osztályra áthelyezzenek.** IGEN NEM

**Tudomásom van arról, hogy ha a beavatkozás elmaradása közvetlen életveszélyt jelentene számomra, vagy mások testi épségét súlyosan veszélyeztetné, beleegyezésem nem szükséges a beavatkozás elvégzéséhez.** IGEN

Tudomásom van arról, hogy a gyógyintézetben az egészségügyi személyzet és orvostanhallgatók képzése is folyik, ezért **beleegyezem** abba, **hogy vizsgálatomnál és kezelésemben** – felelős személy jelenlétében és annak felügyelete mellett- nem csak orvosok, hanem **orvostanhallgatók, gyakorló egészségügyi szakdolgozók** és gyakorló ápolók **is részt vehessenek**, (akiket természetesen szintén titoktartás kötelez). IGEN NEM

Tudomásul veszem, hogy a **megőrzésre át nem adott értéktárgyaimért**, a le nem adott ruhaneműimért a kórház (osztály) **felelősséget nem vállal**. Távozás után az osztályon hagyott személyes iratokat és tárgyakat a kórház a belső szabályzatában rögzített ideig tárolja, és további felelősséget nem vállal. IGEN

Tudomásul veszem, hogy a kórház területén kizárólag erre a célra kijelölt helyen engedélyezett a dohányzás. IGEN

AZ ÁLTALÁNOS BELEEGYZŐ MONDATOK KIEGÉSZÍTÉSE:

Kijelentem, hogy a felvételemkor várható beavatkozásokról, ezek előnyeiről és kockázatairól, az esetlegesen választható egyéb gyógymódokról és azok lehetséges kockázatairól, valamint az egészségi állapotomról felvilágosítást kaptam. Tudomásul veszem, hogy szakszerű gyógymód, kezelés esetén is, a közölteken kívül feltehetően előre nem várható szövődmények, amelyek kedvezőtlenül befolyásolhatják a várható gyógyuláso- mat. Tájékoztattak a házirendről, a betegjogi tájékoztatót elolvastam (ismertették / felolvasták nekem). A szóban feltett kérdéseimre a kezelőorvosomtól megfelelő válaszokat kaptam. Minden elhangzott és elolvasott tájékoztatást teljes egészében megértettem, tudomásul vettem. Tudomásom van róla, hogy nyilatkozatomat a kezelés során bármikor megváltoztathatom, visszavonhatom.



## ÁLTALÁNOS HOZZÁJÁRULÁSI NYILATKOZAT

**Tájékoztatás adatkezelésről** –Az egészségügyi, és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló részletes tájékoztatónkat megtekintheti honlapunkon: [www.tmkorhaz.hu](http://www.tmkorhaz.hu), vagy kérje kezelőorvosától. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 136 § határozza meg az egészségügyi szolgáltató dokumentációs kötelezettségét, e törvény rendelkezése szerint az adatkezelés jogalapja a törvényi felhatalmazás. Hatályos jogszabályok: 2016/679 EU rendelet (GDPR), 2011. évi CXII. tv (info tv), 1997. évi XLVII tv, 1997. évi CLIV. tv. Az adatokat/egészségügyi dokumentációt a törvényben meghatározott ideig tároljuk.

Adatvédelmi tisztviselő elérhetősége: [adatvedelmitisztviselo@tmkorhaz.hu](mailto:adatvedelmitisztviselo@tmkorhaz.hu)

Kérjük az alábbiakban nyilatkozzék, hogy kinek és milyen korlátozásokkal engedélyezi – a kórház által nyújtott – az Ön állapotával, betegségével kapcsolatos tájékoztatást, adatszolgáltatást.

név, lakcím, telefonszám

Betegségem részleteiről **rajtam kívül / helyettem**

(a megfelelő szöveg bekarikázandó) tájékoztassák:

Helyettem az alábbi személy jogosult a beleegyezési, visszautasítási és tájékoztatási jogot gyakorolni:

Cselekvőképtelenné válásom esetén az alábbi személy jogosult a beleegyezési, visszautasítási és tájékoztatási jogot gyakorolni:

Személy meg nem jelölése esetén a következő sorrend érvényesül: 1. törvényes képviselő 2. beteggel közös háztartásban élő 3. házastárs, élettárs 4. gyermeke 5. szülője 6. testvére 7. nagyszülője 8. unokája.

Cselekvőképtelenné válásom esetén a beleegyezési, visszautasítási és tájékoztatási jogot **nem** gyakorolhatja az előző sorból:

A fentiekben meg nem jelölt, de az intézményben személyesen megjelenő vagy telefonon érdeklődőnek, a **bennfekvésem tényét** és az ápoló osztályom nevét **megadhatják**:

IGEN

NEM

kivéve:.....

Hozzájárulok ahhoz, hogy az egészségügyi **dokumentumaimba** közeli hozzátartozóim és/vagy törvényes képviselőim **betekinthesenek** (az erre vonatkozó rendelkezéseknek megfelelően).

IGEN

NEM

kivéve:.....

**Jelen hozzájárulási nyilatkozathoz tartozó szóbeli és írásbeli tájékoztatást megértettem és tudomásul vettem.**

Esetleges további kérdésem:.....

..... 20 ..... hó..... nap  
felvevő / kezelőorvos aláírása  
P.H.

.....  
beteg / törvényes képviselő aláírása

Ha a beteg nem tud írni, akkor szóban két tanú előtt nyilatkozhat, és a tanúk írják alá a nyilatkozatot.

1. tanú

2. tanú

név: .....

lakcím: .....

aláírás: .....