

Osztály neve:

NEAK KÓD:

Beleegyező nyilatkozat kórházi felvételbe

Beteg neve:

TAJ száma:

Anyja neve:

Születési helye, ideje:

Lakcíme:

Kérem betegség, illetve annak gyanúja miatti kórházi felvételemet és beleegyezem az azzal kapcsolatban javasolt **vizsgálatokba:**, **illetve infúziós,** **kezelési módba.** Amennyiben a fentiekén kívüli beavatkozásra lesz szükség, a hatályos törvényeknek megfelelően, további beleegyezésemet fogják kérni.

Tanúsítom, hogy engem kellő mértékben, számomra érthető módon, személyre szabottan felvilágosítottak jelenlegi kórházi felvételem okáról és a tervezett gyógykezelésről, annak esetleges kockázatairól, szövődményeiről; valamint a betegazonosító karszalag viseléséről.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolják.

Tudomásom van arról, hogy a kórházban egészségügyi személyzet, orvostanhallgatók és rezidensek képzése is folyik. Beleegyezem abba, hogy kezelésemben – felelős személyek jelenlétében és azok felügyelete mellett – oktatási célból, fenti személyek is részt vehessenek a törvény által előírt titoktartási kötelezettség betartásával.

Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem (a megfelelő rész aláhúzendó):

Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljeskörűen tájékoztathatják:

- szülő - házastárs/élettárs - gyermek - egyéb:.....

Az alábbi megnevezett személyeket betegségemről kérésükre se tájékoztassák:.....

Tudomásul veszem, hogy az intézmény a magamnál tartott értéktárgyakért, pénzösszegért, felelősséget nem vállal. Az intézmény csak a jegyzéken megőrzésre átvett értékekért, ill. a kétséget kizáróan bizonyított jogellenes károkozásért felel.

Tudomásul veszem, hogy az intézmény egész területén **tilos a szeszesital fogyasztás,** továbbá dohánytermék és szeszesital saját fogyasztásra történő behozatala. **A kórház területén dohányozni csak a kijelölt dohányzó helyen lehet!** Ezen szabály megszegése esetén a felelősséget vállalom.

Tudomásul veszem, hogy a kórházban tartózkodásom ideje alatt én és/vagy hozzátartozóim által más intézményben kezdeményezett és elvégzett vizsgálat költségeit az Intézmény nem vállalja és az ebből eredő költségeket vállalom.

Karcag,

.....
felvilágosítást végző orvos

.....
beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

Az 1997.évi CLIV. törvény 15. § (4) bekezdése értelmében, amennyiben a beteg aláírásra nem képes, akkor szóbeli nyilatkozat, vagy ráutaló magatartás, vagy +++ aláírás esetén, előttünk, mint tanúk előtt:

Tanúk:

1.....
név

2.....
név

.....
levelezési cím

.....
levelezési cím

.....
aláírás

.....
aláírás

A beteg akaratnyilvánításra képtelen állapotban van és törvényes képviselője nincs jelen.

Karcag,.....

.....
felvilágosítást adó orvos aláírása, pecsétje

Ezennel a további:

- gyógykezeléshez

- betegazonosító karszalag viseléséhez

beleegyezésemet megtagadom, és vállalom annak minden egészségügyi, valamint jogi következményét (a megfelelő rész aláhúzandó).

Az elutasítás hátrányos következményeiről a felvilágosítást megkaptam, azt megértettem.

Karcag,.....

.....
beteg aláírása vagy törvényes képviselő aláírása

Az 1997. évi CLIV. törvény 20.§ alapján előttünk, mint tanuk előtt:

Tanuk:

1.....

név

2.....

név

.....

levelezési cím

.....

levelezési cím

.....

aláírás

.....

aláírás

ADATVÉDELMI NYILATKOZAT

Jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy a gyógykezelésem során általam önkéntesen, valamint törvényes képviselőm vagy meghatalmazott hozzátartozóm által megadott személyes adataimat, valamint a gyógykezelésem során keletkező betegadataimat a Kátai Gábor Kórház, valamint szerződéses adatfeldolgozói a vonatkozó hatályos jogszabályokban előírtaknak megfelelően kezeljék.

Adatkezelési tájékoztató:

- az adatkezelés célja: diagnosztika és gyógykezelés;
- az adatkezelés jogalapja: a GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) pontja (az adatkezelés az adatkezelőre vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges),
- jogalap indokolása: különösen Eütv. 136. §, Eüak.: 9. §;
- a kezelt adatok köre: személyes és egészségügyi adatok;
- a kezelt adatok tárolási ideje: jogszabályban meghatározott időtartam, zárójelentés esetében 50 év;
- az adatkezelés módja: papíralapú és elektronikus,
- az érintett jogai: részletes tájékoztatás a Intézmény Adatvédelmi szabályzatában és adatkezelési tájékoztatójában, amelyek elérhetőek a www.kgkorhaz.hu honlapon.

Beleegyezem, hogy a javamra végzett beavatkozás, illetve gyógykezelés menetéről szükség esetén fénykép vagy videofelvétel készüljön, azzal a kikötéssel, hogy azon a személyem nem válik felismerhetővé.

Az adatkezelési tájékoztatót elolvastam és tudomásul vettem.

Karcag,.....

.....
beteg aláírása vagy törvényes képviselő aláírása

TELEFONOS, ELEKTRONIKUS TÁJÉKOZTATÁST LETILTÓ NYILATKOZAT

Amennyiben nem kíván hozzájárulni ahhoz, hogy telefonos vagy elektronikus megkeresés alapján a bennfekvés tényét és az ellátó osztály nevét a kórház közölje az érdeklődőkkel, úgy az alábbi nyilatkozat aláírását kérjük:

Kijelentem, nem járulok hozzá ahhoz, hogy a Kátai Gábor Kórház telefonos vagy elektronikus megkeresés alapján a bennfekvésem tényét és az ellátó osztály nevét közölje az érdeklődőkkel.

Karcag,.....

.....
beteg aláírása vagy törvényes képviselő aláírása