

Osztály neve:
Osztályvezető:

OEP KÓD:
Tel.:

Beleegyező nyilatkozat kórházi felvételbe

Beteg neve:
Anyja neve:
Lakhelye:
Utca:
Foglalkozása:

Születési ideje:
Családi állapota:
Irányító szám:
Telefon:
Családorvos:

Feor k.:

Beteg TAJ száma:
Kérem

betegség, illetve annak gyanúja miatti kórházi felvételemet és beleegyezem az azzal kapcsolatos labor (vérvétel), röntgen, ultrahang,

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.

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

Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen 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 intézetben végzett vizsgálat költségeit az intézet nem vállalja és az ebből eredendő költségeket én vállalom.

Karcag, 20

.....
felvilágosítást végző orvos

.....
beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

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

Karcag, 20

.....
felvilágosítást adó orvos aláírása, pecsétje

Ezennel a további (a megfelelő rész aláhúzendó):

- kezeléshez - betegazonosító karszalag viseléséhez

beleegyezésemet megtagadom, és vállalom annak minden egészségügyi, valamint jogi következményét.

Az elutasítás hátrányos következményeiről a felvilágosítást megkaptam, azt megértettem.

Karcag, 20

.....
beteg aláírása vagy törvényes képviselő aláírása

Alulírott tanuk igazoljuk, hogy nevezettek a jelen okiratot saját kezűleg írták alá.

1.
név

2.
név

Lakcím:

Lakcím:

.....
aláírás

.....
aláírás