

## ÁLTALÁNOS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT KÓRHÁZI KEZELÉSBE

Készült az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásügyi Bizottságának a betegeket a gyógykezelés során megillető tájékoztatási és beleegyezési jogairól szóló állásfoglalása alapján.

Alulírott .....(név) ..... (szül. idő) .....  
..... (lakcím) a kórházi kezelőorvosom dr. .... (orvos neve) lelkiismerete és a legjobb tudása szerint **javasolt kivizsgálásba, gyógyszeres és műszeres kezelésbe beleegyezem**, és hozzájárulok, hogy azt rajtam, illetve hozzátartozómon (..... név ..... szül. idő ..... rokonsági fok) elvégezzék.

**Felvételi diagnózis:** .....

Állapotomról, betegségeimről, a javasolt kivizsgálás, tervezett és lehetséges gyógykezelés szükségességéről, belátható kockázatáról, várható következményeiről, mellékhatásairól, az előforduló gyakoribb szövődeményeiről részletes és kielégítő **tájékoztatót kaptam és azt megértettem**. Kérdéseimre kielégítő, világos választ kaptam és kellő idő állt rendelkezésemre, hogy szabadon dönthessek. Ismertették velem a javasolt és más szóba jöhető vizsgálatok, kezelési eljárások szükségességét, előnyeit és hátrányait. Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól, valamint újabb szükségessé vált vizsgálatokról és kezelésről megfelelően tájékoztatni.

**Tudomásul veszem**, hogy szakszerű kivizsgálás és kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, amelyek a várható gyógyeredményt /gyógytáratot kedvezőtlenül befolyásolhatják. Kiegészítések: .....

Elmondták, hogy szükség esetén a **speciális** vizsgálatokról, műtétekről, beavatkozásokról külön tájékoztatnak és kéri beleegyezésemet. Jelen és a speciális beleegyző nyilatkozatok egymástól elválaszthatatlanok, együtt érvényesek. Kiegészítés: .....

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármikor a javasolt vizsgálatok és kezelés elutasítására. Ez esetben a kezelés során a visszautasítás kapcsán jelentkező következményekért, szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a javaslatát, kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. Ebből eredően velük, illetve az intézménnyel szemben semminemű igényt nem támasztok. Ugyanakkor tájékoztattak arról, hogy a kórházi kivizsgálás, kezelés elutasítása, a gyógykezelés megszakítása, illetve annak meghatározott vagy meghatározatlan idejű halasztása milyen kockázattal jár.

**Beleegyezem** a szükségesnek tartott gyógyszerek, kábítószeres vagy más anyagok adásába. Megértem és tudomásul veszem, hogy a bent fekvésem alatt az otthon szedett gyógyszereimet a kórház – a rendelkezésre álló gyógyszerraktár-készlet lehetőségei szerint – megváltoztathatja, figyelembe véve azt, hogy a gyógyszer hatásának, hatóanyagának az eredeti terápiás célt kell betöltenie. Tudomásul veszem, hogy nem a kórház által biztosított gyógyszert csak saját felelősségemre szedhetek, és az ebből adódó egészségkárosodásért, esetleges állapotromlásért, illetve javulás elmaradásáért a kórház felelősséget nem vállal.

Tudomásul veszem, hogy a javamra elvégzett beavatkozás, gyógykezelés során eltávolított szövetek, szervek jogszabály alapján patológiai és kórszövettani vizsgálatra kerülnek és beleegyezem azok esetleges további felhasználásába.

**Tudomásul veszem**, hogy az Egészségügyi Törvényben foglalt kötelezettségeimnek megfelelően az ellátásban közreműködő egészségügyi dolgozókat tájékoztatnom kell mindarról, amely szükséges a kórisme megállapításához, a megfelelő kezelési terv elkészítéséhez és a beavatkozások elvégzéséhez, így különösen minden korábbi betegségeimről, gyógykezeléseimről, gyógyszer- vagy gyógyhatású készítmény szedéséről, egészségkárosító kockázati tényezőkről, továbbá – a saját betegséggel összefüggésben – mindarról, amely mások életét vagy testi épségét veszélyezteti, így különösen a fertőző betegségekről.

Megértem és tudomásul veszem, hogy kivizsgálásom és kezelése során tanulónővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója, valamint az esetleges klinikai vizsgálatokban, tanulmányokban történő részvételről tájékoztatnak és kéri beleegyezésemet.

Tudomásul veszem és elfogadom a kórház tájékoztatóját az általános betegjogokról, a házirendről, valamint hogy a kórházi ellátásom során magamnál tartott érték- és személyes tárgyakért saját felelősséggel tartozom.

Kijelentem, hogy a kivizsgálással és kezeléssel járó általános **beavatkozásokba, vizsgálatokba** - így például vér és más vizsgálati anyag vételére, gyógyszeres és infúziós kezelésbe, az esetleges vérátömlesztésbe, szükséges eszközös és speciális, valamint kontrasztanyagot tartalmazó diagnosztikai vizsgálatokba – **beleegyezem**, mely beleegyezésemet - a tájékoztatás alapján - minden kényszerből és befolyástól mentesen adom.

Tudomásul veszem, hogy járványügyi helyzetben – a jogszabályok, szakmai és járványügyi szabályok betartása mellett is – a járványügyi veszély (fertőződé) az átlagosnál magasabb lehet.

### NYILATKOZAT EGYNAPOS SEBÉSZETI ELLÁTÁSOK FELTÉTELEIRŐL (amennyiben aktuális)

Nyilatkozom, hogy az egynapos műtéttel kapcsolatban az alábbi feltételek **maradéktaul teljesülnek**: A lakás- és higiénés körülményeim megfelelőek; tartózkodási helyemről az ellátó egészségügyi intézmény személygépkocsival (mentővel) átlagos forgalmat figyelembe véve 30 perc alatt elérhető; tartózkodási helyemen telefon biztosított; hazaszállításkor a tartózkodási helyemen a műtétet követő éjszakán részemre a felügyelet, valamint szükség esetén a megfelelő egészségügyi ellátáshoz jutás lehetősége biztosított. Kérem, és hozzájárulok a műtét egynapos sebészeti ellátás formájában történő elvégzéséhez.

(folytatás a túloldalon)

## ADATVÉDELMI NYILATKOZAT

Jelen nyilatkozat aláírásával **hozzájárok** ahhoz, hogy a gyógykezelésem során általam önkéntesen, valamint törvényes képviselőm vagy meghatalmazott hozzátartozóm által megadott személyes adataimat, valamint a gyógykezelésem során keletkező betegadataimat a Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, 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 indoklása: 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 kórház Adatvédelmi és adatbiztonsági szabályzatában és adatkezelési tájékoztatóiban, amelyek elérhetőek a [www.markusovszky.hu](http://www.markusovszky.hu) honlapon). Beleegyezem a betegazonosító karszalag felhelyezésébe. Beleegyezem, hogy az egészségügyi személyzet az egészségi állapotomról a kórlap „legközelebbi hozzátartozó” rovatában, az ott megjelölt személy(ek)nek felvilágosítást adhat. Ezen felül a hozzátartozók felvilágosításáról részletesen – annak kitöltése esetén – külön nyilatkozatban rendelkezem. Tudomásul veszem, hogy a Markusovszky Egyetemi Oktatókórház telefonos vagy elektronikus megkeresés alapján nem ad tájékoztatást az egészségügyi állapottal és a gyógykezeléssel összefüggésben, csupán a bennfekvés tényét és az ellátó osztály nevét közli az érdeklődőkkel.\*

Az általam hozott betegdokumentációt a kórház részére bemutattam, majd hiánytalanul visszakaptam.

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.

....., 20 ..... év ..... hó ..... nap

.....

orvos aláírása

.....

beteg 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 járlok hozzá ahhoz, hogy a Markusovszky Egyetemi Oktatókórház telefonos vagy elektronikus megkeresés alapján a bennfekvésem tényét és az ellátó osztály nevét közölje az érdeklődőkkel.

....., 20 ..... év ..... hó ..... nap

.....  
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

### EGÉSZSÉGÜGYI SZAKELLÁTÁST ÉS/VAGY TÁJÉKOZTATÁST ELUTASÍTÓ NYILATKOZAT

Kijelentem, hogy saját, illetve hozzátartozóm (.....) betegségéről, a vizsgálatok és a kezelések szükségességéről, azok elmaradásának kockázatáról kellő felvilágosítást kaptam. Mindezek ismeretében felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a rajtam vagy hozzátartozómon elvégzendő kivizsgálásba, kezelésbe **nem egyezem bele** és az ebből fakadó szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek javaslatát és kezelését nem fogadtam el, a **felelősség alól felmentem**.

Elismerem, hogy orvosi tanács ellenére saját, illetve hozzátartozóm kórházi **kivizsgálását és kezelését elutasítom**, illetve a további gyógykezelést nem fogadom el és saját felelősségemre /hozzátartozómmal/ távozom a kórházból.

Aláírással hozzájárlok ahhoz, hogy a jelen nyilatkozatban rögzített személyes adatokat a Markusovszky Egyetemi Oktatókórház a vonatkozó adatvédelmi jogszabályoknak megfelelően kezelje.

Alulírott aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról **nem kívánok részletes felvilágosítást kapni**. Ezért a döntéseket kezelőorvosomra bízom.

....., 20 ..... év ..... hó ..... nap

.....  
orvos aláírása

.....  
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

.....  
tanú adatai

.....  
tanú adatai

### NYILATKOZAT HOZZÁTARTOZÓ TÁJÉKOZTATÁSÁRÓL

(Csak a túloldali nyilatkozat bővítése, korlátozása esetén töltendő ki!)

Beleegyezem, hogy az egészségügyi személyzet az egészségi állapotomról a kórlap „legközelebbi hozzátartozó” rovatában az ott megjelölt személy(ek)nek felvilágosítást adhat.

Ezen felül az alább megnevezett hozzátartozóimat teljes körűen tájékoztassák:.....

Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről egyáltalán nem vagy az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák: .....

....., 20 ..... év ..... hó ..... nap

.....  
orvos aláírása

.....  
beteg vagy törvényes képviselő aláírása