

Általános beleegyező nyilatkozat

1. Az egészségügyi ellátást igénybe vevő neve:

TAJ száma: Anyja neve:

Lakcíme:

2. A beutalás/felvétel indoka:

3. Az Európai Parlament és a Tanács (EU) a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK irányelv hatályon kívül helyezéséről (általános adatvédelmi rendelet) („GDPR”) szóló, 2018. május 25-től hatályos rendelete alapján alulírott az alábbi nyilatkozatokat teszem:

- a) tudomásul veszem, hogy a Kórház, mint adatkezelő a feladat ellátáshoz szükséges adatfeldolgozóval együttműködve jogi kötelezettség teljesítésének jogalapjával kezeli a személyes adataimat, bizonyos adatkezelések terén (pl. videokamera rendszer működtetése) pedig jogos érdekből, megfelelő tájékoztatás mellett végzi adatkezelési tevékenységét
- b) az intézmény Egészségügyi Adatvédelmi Szabályzatát és adatkezelési tájékoztatóját könnyen hozzáférhetően – nyomtatott és elektronikus formátumban is - tanulmányozhatom, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos alapelveket és jogaimat megismerhetem
- c) nyilatkozom arról, hogy a Kórház, mint adatkezelő a személyes adatok kezelésével kapcsolatosan megfelelően biztosítja számomra a GDPR által az érintettek számára előírt alapjogokat, kiemelten a
 - c.1. célhoz kötöttség elve
 - c.2. jogszerűség, tisztességes eljárás, átláthatóság elve
 - c.3. pontosság, naprakészség elve
 - c.4. integritás és a bizalmasság jelleg elve (illetéktelen nem férhet hozzá adataimhoz)
 - c.5. az átlátható tájékoztatáshoz való jog

4. Alulírott kijelentem, hogy egészségi állapotommal kapcsolatos egészségügyi ellátásokhoz hozzájárulok. Hozzájárulásom önkéntes, határozott, írásbeli, megfelelő tájékoztatáson alapul.

Kezelőorvosom, Dr.....
személyes megbeszélés alkalmával részletesen és személyre szabottan tájékoztatott:

- a) egészségi állapotomról, beleértve annak orvosi megítélését is,
- b) a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról,
- c) a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről, kockázatairól,
- d) a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjairól,
- e) döntési jogomról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében,
- f) a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről,
- g) az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről,
- h) a további ellátásokról, valamint
- i) a javasolt életmódról.

Jelen beleegyező nyilatkozathoz tartozó szóbeli és írásbeli tájékoztatást, különösen a számomra hozzáférhetően közzétett „Általános Betegtájékoztató”-ban leírtakat megértettem és tudomásul vettem.

A magyarázatokat megértettem, az ezzel kapcsolatos kérdéseimre megfelelő válaszokat kaptam és kellő idő állt rendelkezésemre, hogy szabadon eldöntsem, vállalom-e a fekvőbeteg osztályos kezelést, illetve melyik vizsgálatot/beavatkozást válasszam. Tudomásom van róla, hogy az ellátás bármelyik fázisában további kérdéseket feltehetek és lehetőségem van beleegyezésem visszavonására. Jogomban áll továbbá korábban megtett beleegyező nyilatkozatomban foglaltakat bármikor módosítani.

Tájékoztattak, hogy az invazív¹ beavatkozások esetén, - a kezelőorvos tájékoztatását követően - külön beleegyező nyilatkozaton kéri hozzájárulásomat.

5. Az egészségügyi ellátás ideje alatt az orvosi előírásokat, valamint az egészségügyi intézmény házirendjét betartom.

A házirendet a fekvőbeteg osztály tájékoztató tábláján találom, annak tartalmát ismerem.

6. Tájékoztatót kaptam arról, hogy az ellátásom során megismerhetem az ellátásomban közvetlenül közreműködő személyek nevét, beosztását. Tudomásul veszem, hogy az egészségügyi ellátás során az egészségügyi intézményben gyakorlatot teljesítő tanulók/hallgatók az ellátásomban részt vehetnek, az ellátásom során jelen lehetnek.²

Ebbe beleegyezem

Ebbe nem egyezem bele *(a megfelelő rész aláhúzendó és mellette külön aláírandó)*

7. Egészségügyi dokumentációba való betekintés, valamint hozzátartozó tájékoztatása:

Tájékoztatót kaptam arról, hogy az egészségügyi ellátásom során keletkezett egészségügyi dokumentációba betekinthelek, valamint azokról – saját költségemre – másolatot kaphatok.

Tudomásul vettem, hogy megjelölhetem azt a személyt vagy személyeket, akik állapotomról, kezeléséről tájékoztatást kaphatnak, valamint azokat is, akik nem kaphatnak.

Nyilatkozom arról, hogy kifejezetten megtiltom az egészségügyi ellátó személyzetnek, hogy a gyógykezelésem tényéről, az azzal kapcsolatos egyéb információkról és egészségi állapotomról tájékoztasson személyesen, vagy telefonon bárkit, rokonsági foktól függetlenül.

..... *(ilyen irányú döntés esetén külön aláírandó)*

¹Invazív beavatkozás: a beteg testébe bőrön, nyálkahártyán vagy testnyíláson keresztül behatoló fizikai beavatkozás, ide nem értve a beteg számára szakmai szempontból elhanyagolható kockázatot jelentő beavatkozásokat.

²Ez a nyilatkozat abban az esetben szükséges, amennyiben az egészségügyi intézményen belül oktatási tevékenységet folytatnak, pl. orvos-, ápoló-, gyógytornász-, egyéb egészségügyi szakdolgozó-képzés keretében

Az alábbiakban megnevezetteket a gyógykezelésem tényéről, az azzal kapcsolatos egyéb információkról és egészségi állapotomról teljes körűen tájékoztathatja kezelőorvosom, az ügyeletes orvos és az egészségügyi szakszemélyzet akár telefonon is:

.....
.....

Az alábbiakban megnevezetteket a fentiekről kérésük ellenére sem tájékoztathatják:

.....
.....

8. A beteg általi tájékoztatás:

A szükséges tájékoztatást megadtam minden, - általam ismert - korábbi betegségről, gyógykezeléseimről, gyógyszer vagy gyógyhatású készítmény szedéséről, egészségkárosító, kockázati tényezőkről. Tudomásom van arról, hogy e tájékoztatás elmaradása vagy hiányossága esetén veszélyeztethetem saját magam, betegársaim, illetve az ellátásomban közreműködők egészségét.

Az egészségügyi ellátással kapcsolatban korábban tett jognyilatkozataimról a következők szerint nyilatkozom³:

.....
.....
.....

9. Ellátás visszautasításának lehetőségei:

Felvilágosítást kaptam az ellátás visszautasításának lehetőségéről. Tájékoztattak arról, hogy - amennyiben erre orvos-szakmai szempontból, valamint az egészségügyi intézményben erre lehetőség van - **más gyógyító eljárást is igénybe vehetek.**

Tudomásul veszem, hogy nem utasíthatom vissza az ellátásomat, amennyiben azzal mások egészségét vagy testi épségét veszélyeztetem.

Tudomásul veszem, hogy **amennyiben az ellátás elmaradása egészségi állapotomban várhatóan súlyos vagy maradandó egészségkárosodással fenyeget, úgy az ellátást csak közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban utasíthatom vissza.**⁴

10. Egészségügyi intézmény elhagyása:

Amennyiben a gyógyintézetet bejelentés nélkül hagyom el, a kezelőorvosom ezt az egészségügyi dokumentációmban feltünteti.⁵

Az egészségügyi intézményből történő elbocsátásról, valamint annak menetéről előzetesen, - lehetőség szerint - 24 órával megelőzően tájékoztatnak.

Tudomásul veszem, hogy biztosított számomra az intézet elhagyásának joga, amennyiben az eltávozásról tájékoztatom az egészségügyi személyzetet, valamint az eltávozásom saját és mások testi épségét nem veszélyezteti. Amennyiben kezelése alatt elhagyom az intézet területét, azt

³ Például: országos transzplantációs nyilvántartásba tett tiltó nyilatkozat, élő végrendelet, helyettes döntéshozóról történő nyilatkozat.

⁴ A teljes bizonyító erejű magánokirat lehet: a) saját kezűleg írt és aláírt, b) két tanú által aláírt, c) bíróság, közjegyző vagy ügyvéd által hitelesített okirat. Közokirat itt: a bíróság vagy közjegyző által kiállított okirat.

⁵ Amennyiben cselekvőképtelen beteg hagyja el a kórházat, úgy a kezelőorvos értesíti a beteg törvényes képviselőjét.

kizárólag saját felelősségemre teszem, a kórházat és az ellátó személyzetet felelősség nem terheli.

11. Dohányzási tilalommal kapcsolatos speciális szabályok

Tudomásul veszem, hogy a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló törvény értelmében az intézmény teljes területén (épületen belül, épületen kívül, de kerítésen belül, főbejáratától 10 méteres távolságig) tilos a dohányzás. Amennyiben ennek ellenére dohányzom, és ezáltal jogsértést követek el, ez magával vonhatja az egészségvédelmi bírság kiszabására irányuló eljárást a magánszemély és az intézmény ellen. Kijelentem, hogy a magam és a kórház érdeke miatt az intézmény területén nem dohányzom.

12. Egyéb, osztály-specifikusan elrendelt szabályozások:

Tájékoztattak, hogy egyes osztályokon, - ellátási, valamint közegészségügyi érdekből - speciális szabályokat állapíthatnak meg, amelyekről az osztály-specifikus házirendben tájékozódhatok.

Kelt:(hely).....(év).....(hó).....(nap)

.....

.....

Kezelőorvos
p.h.

Ellátást igénybevevő
(szülő/törvényes képviselő)

Tanú 1

Tanú 2

NÉV:

NÉV:

CÍM:

CÍM:

aláírás

aláírás

Amennyiben a nyilatkozatok megtételére olyan személy jogosult, aki nem a szülő vagy e személy törvényes képviselője, úgy csak ezen fél aláírása szükséges, azonban az erre feljogosító közokiratot vagy teljes bizonyító erejű magánokiratot a jelen nyilatkozathoz csatolni kell.