



3060 Pásztó, Semmelweis u. 15-17.
Megbízott főigazgató: Dr. Varga Erzsébet
Tel.: 06-32/561-000
E-mail: titkarsag@pkorhaz.hu
www.pkorhaz.hu



Általános beleegyező nyilatkozat

1. Beteg adatai:

Név:

Születési név:

Születési hely, idő:

Anyja neve:

TAJ:

Lakcím:

2. A beutalás/felvétel indoka:

3. A betegbiztonság növelése érdekében intézményünkben betegazonosító rendszer működik. A betegazonosításhoz szükséges karszalag felhelyezéséhez hozzájárulok. **IGEN** **NEM**

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.

A kezelőorvos tájékoztatását követően az invazív¹ beavatkozásba beleegyezem. **IGEN** **NEM**

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 dokumentációmba 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)

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:

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.

.....
.....

8. A beteg általi tájékoztatás:

A szükséges tájékoztatást megadtam minden, - általam ismert - korábbi betegségemről, gyógykezeléseimről, gyógyszer vagy gyógyhatású készítmény szedéséről, egészségkárosító, kockázati tényezőkről. Tudomásom van arról, hogy e tájékoztatás elmaradása vagy hiányossága esetén veszélyeztethetem saját magam, betegtársaim, illetve az ellátásban 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 kezelésem alatt elhagyom az intézet területét, azt kizárólag saját felelősségemre teszem, a kórházat és az ellátó személyzetet felelősség nem terheli.

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.

11. Dohányzási tilalommal kapcsolatos speciális szabályok

A nemdohányzók védelméről szóló törvény 2. § (1) bekezdésének e) pontja alapján – a dohányzás számára kijelölt helyek kivételével – nem szabad dohányozni, elektronikus cigarettát, dohányzást imitáló elektronikus eszközt vagy vízipipát használni az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 3. § f) pontja szerinti egészségügyi szolgáltató közforgalom számára nyitva álló bejáratától számított 10 méteren belül.

A dohányzásra kijelölt helyszínek:

- Pásztói Margit Kórház Főbejáratával (3060 Pásztó, Semmelweis u. 15-17) szemben az úttest túloldalán lévő járda és parkoló közötti füves terület.
- Pásztói Margit Kórház hátsó udvarán a műszaki osztály bejárata mögötti táblával jelzett terület.

12. Egyéb, osztály-specifikusan elrendelt szabályozások:

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

13. 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

Tájékoztatottak arról, hogy az ellátásom során keletkezett egészségügyi adataim feltöltésre kerülnek az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térbe (EESZT), amihez rajtam kívül az ellátásomat végző egészségügyi szolgáltatók is hozzáférnek. Tájékoztatottak továbbá, hogy az egészségügyi adataimhoz eleve korlátozott a hozzáférés, alapállapotban csak a kezelőorvosom

vagy a kezelésben résztvevő orvos férhet hozzá a kezelés ideje alatt. Jogosult vagyok rendelkezni az EESZT által kezelt egészségügyi adataimmal, valamint engedélyezni és korlátozni tudom a hozzáférési jogosultságát az egyes egészségügyi szolgáltatóknak, orvosoknak. Az egészségügyi adataimmal való rendelkezéseimet megtehetem az EESZT lakossági portálján (www.eeszt.gov.hu) vagy személyesen ügyintézés keretében bármely Kormányablaknál.

Jelen nyilatkozatom alapján a személyes adatok jogosultja ezennel visszavonásig hozzájárulok ahhoz, hogy a megadott személyes Adataimat (azonosító és kapcsolattartási adataim: név, telefonszám, e-mail és egyéb azonosítók) és az ellátásomhoz közvetlenül szükséges egészségügyi adataimat, továbbá a szükséges vagy folyamatban lévő, illetve befejezett gyógykezelésre vonatkozó, valamint a gyógykezeléssel kapcsolatban megismert egyéb adataimat az Adatkezelő révén nyújtott szolgáltatásokkal kapcsolatos feladataik ellátásához szükséges mértékben kezeljék, az egészségügyi szolgáltatás nyújtásához szükséges esetben továbbítsák. Tudomásul veszem, hogy a jelen nyilatkozatomban foglalt hozzájárulásom alapján történő adatkezelésre az Adatvédelmi Szabályzat, illetve a mindenkor hatályos adatvédelmi jogszabályok, így különösen az EU 2016/679 sz. Általános adatvédelmi rendelet (GDPR), az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló Infotörvény, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, valamint a gyógykezelés céljából történő adatkezeléssel kapcsolatban az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései vonatkoznak.

Jelen dokumentum aláírásával Ön hozzájárulását adja a Kórház részére közölt személyes adatai kezeléséhez (amennyiben az adatok kezelésének alapja a hozzájárulás) és egyúttal nyilatkozik arról, hogy személyes adatai kezelésével kapcsolatosan egyértelmű és részletes tájékoztatást kapott az adatkezelés céljáról, jogalapjáról, az adatkezelésre jogosultakról, az adatkezelés időtartamáról, az Ön jogairól és a jogorvoslati lehetőségeiről. Tisztában van azzal, hogy fenti nyilatkozatát bármikor, korlátozás nélkül visszavonhatja.

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

.....

Kezelőorvos
p.h.

.....

Ellátást igénybevevő
(szülő/törvényes képviselő)

Tanú 1

NÉV:

CÍM:

.....

aláírás

Tanú 2

NÉV:.....

CÍM:

.....

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.