

Nyilatkozat egészségügyi ellátás visszautasításáról

Alulírott /név/,

/születési helye, ideje/,/édesanyja neve/,

..... /lakcím/

kijelentem, hogy megértettem az Egészségügyről szóló 1997.évi CLIV törvény vonatkozó rendelkezéseit, különösen az ellátás visszautasításának jogához kapcsolódó rendelkezéseket (20-23. §). Ezen rendelkezések ismeretében az alábbiakat nyilatkozom két tanú előtt:

A Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház Sürgősségi Betegellátó Osztályán az egészségügyi ellátások közül

.....

.....

.....

.....

ellátást visszautasítom. A visszautasítás oka a következő:

.....

Megértettem a tájékoztatást arra vonatkozóan, hogy az ellátás szükséges, továbbá az ellátás visszautasítása miatt a következő következményekkel, valamint azt esetlegesen külön lapon általam is aláírt szövegményekkel, következményekkel kell számolnom a beavatkozás elmaradása esetén:

.....

.....

.....

.....

Az egészségügyi ellátást annak ellenére utasítom vissza, hogy a kórház megkísérelte feltárni a döntésem háttérében lévő okokat személyes egyeztetés alkalmával és kért engem a döntés megváltoztatására. Megértettem a tájékoztatást arra vonatkozóan, hogy jelen nyilatkozatomat bármikor alaki kötöttség nélkül visszavonhatom, továbbá az Eütv. 20-23. § rendelkezései alapján az életfenntartó vagy életmentő beavatkozás szükségessége esetén jelen nyilatkozatom további törvényi feltételek hiányában hatálytalanná válik. Ügyszintén megértettem a tájékoztatást arra vonatkozóan, hogy az Eütv. 20 § (1.) bekezdése alapján

döntésem mások életét vagy testi épségét nem veszélyeztetheti. Életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására csak abban az esetben van lehetőség, ha a beteg olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – halálhoz vezet, gyógyíthatatlan és háromtagú orvosi bizottság az megállapítja az Eütv. 20 § rendelkezései alapján. Az Eütv. 20§ (6) bekezdése alapján a beteg nem utasíthatja vissza az életfenntartó vagy életmentő beavatkozást ha várandós és előre láthatóan képes a gyermek kihordására.

A felelősséget a döntésemért kizárólagosan magam vállalom, továbbá tudomásul vettem, hogy amennyiben ellátás visszautasítása miatt az egészségi állapotomban állapotromlás, akár súlyos vagy maradandó károsodás következne be, azért más rajtam kívül felelősségre nem vonható. Az egészségügyi ellátással összefüggésben a szükséges tájékoztatást megkaptam az egészségi állapotomról, beleértve ennek orvosi megítélését is a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról, a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól, a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjáról, döntési jogáról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében, a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről, az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről, a további ellátásokról, valamint a javasolt életmódról.

Szentes,,,

Előttünk, mint tanúk előtt:

Tanú neve:

Lakcím:

Személy igazolvány szám:.....

Aláírás:

Tanú neve:

Lakcím:

Szem. ig. szám:

Aláírás:

FELVILÁGOSÍTÁSI NYILATKOZAT

Alulírott, _____ kijelentem,

hogy a vérátömlesztés orvosi eljárására vonatkozóan az alábbi felvilágosítást kaptam, az abban foglaltakat teljes egészében megértettem, és tudomásul veszem.

Az eljárás lényege: más ember(ek)-től levett, a szakmai szabályok szerint kivizsgált, előállított és tárolt teljes vért vagy véralkotórészt juttatunk az ön szervezetébe, amely önnél jelenleg hiányzik, gyógyszerrel nem pótolható, vagy az ön szervezetében a hiányzó alkotóelem(ek) - vörösvérsejt, vérplazma, vérlemezke (megfelelőt aláhúzni) - termelése nem elégséges vagy fokozottan pusztul, s más módon, mint idegen véralkotóelem bevitelével, nem pótolható.

A beavatkozás az előnyök mellett hátrányokkal is járhat az egészségi állapotra vonatkozóan. A bevitt idegen sejtek sohasem azonosak teljes mértékben a sajáttal, ezért azokat a szervezet elsősorban lázzal, veseműködési zavarokkal, allergiás bőrjelenségekkel és más szövődmények kíséretében kivetheti magából, annak ellenére is, ha a vérátömlesztés előtt előírt, szabályszerűen elvégzett előzetes laboratóriumi vizsgálatok során erre a lehetőségre eredmény nem utal. Ennek tényleges valószínűsége jelenlegi ismereteink szerint 1% alatt van.

Felvilágosítottak arról is, hogy a vérátömlesztéssel az előírt vizsgálatok negatív eredménye ellenére is fertőzés, elsősorban fertőző májgyulladás kórokozóját lehet átvinni.

A fentiekről részletesen, személyemre vonatkozóan, közérthető szóhasználattal személyesen felvilágosított:

Dr. _____

_____ 20 _ _____ (hónap) ____ (nap)

a felvilágosított személy aláírása

BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT

Alulírott megértettem a részletes tájékoztatást az alkalmazni kívánt transzfúzió (vérátömlesztés) céljáról és esetleges veszélyeiről.

Tudomásul vettem, hogy az emberi vérből előállított vérkészítmény adása gyógyulásom érdekében szükséges. Azt is megértettem, hogy - az orvosok által elvégzett minden kötelező, előzetes vizsgálat ellenére - a transzfúzió veszélyeket is rejthet magában.

Mindezek alapján egyetértek azzal, hogy kezelőorvosom, a vérellátó osztály által emberi vérből előállított, vérkészítményt nekem beadja.

Dátum: _____

aláírás

Előttünk, mint tanúk előtt:

név

név

Betegtájékoztató / Vizsgálatkérő

A gyomor tükrözéses vizsgálata

- Cél:
- a nyelőcső-gyomor és nyombél rendellenességeinek felismerése
 - szövettani mintavétel
 - gyógykezelés elvégzése (vérzéscsillapítás, idegentest eltávolítás, polyp levétel stb.).

A vizsgálat menete: éhgyomorral, a garat helyi érzéstelenítése után egy hajlékony műszer kerül levezetésre a szájon át a nyelőcsővön, gyomron keresztül a nyombélbe. Szükség esetén a beteg nyugtató injekciót kaphat. A vizsgálat fájdalommentes, ideje kb: 3-15 perc.

- A vizsgálat után:-**
- ha a beteg nyugtató injekciót kapott, aznap járművet nem vezethet
 - a garatérzéstelenítés miatt a vizsgálat után 1 óráig nem ékezhet
 - szokatlan panasz esetén forduljon vizsgáló orvosához ill. a vizsgálatot végző osztályhoz

Lehetséges szövődmények:

- az érzéstelenítőszer vagy a nyugtató injekció iránti túlérzékenység
- a beavatkozása kapcsolatos vérzés
- a tükrözéses művelet kapcsán fellépő szövődmény miatt 10.000 vizsgálatra átlagosan 1 esetben sürgős műtét válhat indokolttá.

Az esetleges szövődmények csökkentése érdekében KÉRJÜK, ALÁHÚZÁSSAL VÁLASZOLJON AZ ALÁBBI KÉRDÉSEKRE:

- Tud-e valamilyen gyógyszer iránti túlérzékenységről: NEM - GEN.....
- Tud-e vérékenységről: NEM- IGEN Szed-e váralvadásgátló gyógyszert: NEM-IGEN
- Van-e epilepsziája: NEM - IGEN Van-e zöldhályogja: NEM -IGEN
- Van-e beültetett szívritmusszabályzója: NEM - IGEN Fennáll- e terhesség: NEM - IGEN
- Van-e egyéb említésre méltó betegsége: NEM - IGEN

Ha maradt valamilyen kérdése, tegye fel a vizsgáló orvosának vagy asszisztensének!

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT!

A betegtájékoztató és a szóbeli tájékoztatás után a javasolt gyomor tükrözéses vizsgálatába beleegyezem.

.....2007.

.....
endoscopos asszisztens

.....
vizsgáló orvos

.....
beteg / vagy gondviselő

VIZSGÁLATKÉRŐ

BETEG NEVE:.....SZÜLETÉSI DÁTUM:.....

LAKCÍM:.....TAJ-SZÁM:.....

KLINIKAI ADATOK:.....

VIZSGÁLAT INDIKÁCIÓJA:.....

Dátum:.....

.....
vizsgálatot kérő orvos

Kedves Asszonyom!
Tisztelt Uram!

Az Ön, illetve közvetlen hozzátartozója betegségének gyógyítása, állapotának javítása során felmerült úgynevezett **electiv electromos cardioversio** szükségessége. Elektromos cardioversiot szívütem-zavarának megszüntetése, a szív működés normalizálása céljából végzünk. A beavatkozás lényege, hogy a mellkason keresztül a szívre rövid, nagy energiájú elektromos impulzust bocsátunk. Az impulzus hatására az eddig rendezetlen szív működés rendeződhet. Tekintettel arra, hogy a beavatkozás fájdalmas, így a cardioversiot rövid altatásban végezzük.

Előre bocsátjuk, hogy a beavatkozás nem mindig állítja vissza a normális szívütemet. Az is előfordulhat, hogy a cardioversio sikeres, szívüteme helyreáll, de később ritmuszavara kiújul. A cardioversio mint szinte minden orvosi beavatkozás szövődeményekkel is járhat. Ezek a következők lehetnek: cardioversiot követő újabb ritmuszavarok, tüdővizényő, lassú szív működés, esetleg szívmegállás. Bizonyos ritmuszavarok kezelésekor embóliás szövődemények léphetnek fel. Ezek lényege, hogy a szív üregéből vérrög szakadhat le, amely a vérárammal tovasodródva különféle szervekben (főként az agy) működészavarokat hozhat létre. Mindehhez az altatás szövődeményei is társulhatnak.

Szerencsére ezek a szövődemények jórészt megelőzhetők, ritkán fordulnak elő és többsége jól kezelhető. Osztályunk munkatársai mindent elkövetnek annak érdekében, hogy ezek a nem kívánt események a lehető legkisebb számban forduljanak elő és a beavatkozás minél kevesebb kellemetlenséggel járjon az Ön számára.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT
electiv electromos cardioversio

A beteg neve:

Születési ideje:

TAJ:

Az intenzív kezelés során elektromos cardioversio elvégzésének szükségessége merült fel. Az ezzel kapcsolatos felvilágosítást (szóban és írásban) a beavatkozás természetéről, szükségességéről és szövődeményeiről megkaptam, azt megértettem, módom volt kérdéseket feltenni, melyre kielégítő válaszokat kaptam. További érdemi kérdéseim nincsenek.

Ezeket figyelembe véve /hozzátartozómnál/ az orvosilag indokolt elektromos cardioversio elvégzésébe és az azzal együtt járó altatásba beleegyezem.

Szentés,

beteg/hozzátartozó

ORVOS

Beleegyező nyilatkozat nagy vénakatéter felhelyezéséről

Alulírott(név).....(szül.idő)

tanúsítom, hogy engem kezelőorvosom Dr.

kelő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

- A katéter felhelyezés szövődményeként ritkán jelentkezhet a mellhártya lemez átszúrása kapcsán kialakuló légmell, esetleg igen ritka esetben a mellhártya lemezek között fellépő vérzés illetve egyéb szövődmény. Amennyiben légmell keletkezik, ez az esetek többségében néhány nap alatt felszívódik. Jelentős mennyiségű légmell tartós szívással gyógyítható. A szívásnak a mellhártya kitapadásáig (5-7 napig) kell történnie, esetenként sebészi műtéti körülmények között bevezetett drainen keresztül.

A szóbeli felvilágosítás és a fentiek figyelembevételével a katéterezésbe:

beleegyezni*

nem egyezem bele

és a kezelés elmaradásával és annak
következményeivel kapcsolatban az orvosokat a
felelősség alól felmentem.*

.....

.....

(bejegyzés aláírása)

(orvos aláírása és ph)



Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház
6600 Szentes, Sima Ferenc u. 44-58. Pf.: 60
Főigazgató: Dr. Kalmár Mihály
Telefon, fax: (63) 313-244 (Központ) (63) 313-972 (Fax)
e-mail: igazgatas@sentesi-korhaz.hu



Betegtájékoztató és belegeyző nyilatkozat (lumbálpunkció)

Beteg neve:.....

TAJ:

Beavatkozás:

A lumbálpunkció célja a gerinccsatornában lévő gerincvelői folyadékból (likvor) további vizsgálatokra mintát venni. A leszívott folyadékot laboratóriumban elemzik, így meghatározható annak összetétele, cukor- és fehérjetartalma, és mikroszkóp alatt az esetleg benne található sejtek, baktériumok is vizsgálhatók. Amennyiben baktériumok vannak a folyadékban, azt tenyésztéssel is ki lehet mutatni. Miközben a tűt bevezetik, a folyadék ürülni kezd, ennek üteméből következtetni lehet annak nyomására is. Számos idegrendszeri és belgyógyászati betegségre lehet következtetni a vizsgálat eredményéből, többek között agyhártyagyulladásra, sérülésre, szklerózis multiplexre, idegrendszeri daganatokra, de akár cukorbetegségre is.

A beavatkozás közben a beteg félmeztelenül oldalt fekszik, térdeit a hasához húzva, miközben fejét előrehajítja a mellkasához. A vizsgálat közben mindvégig mozdulatlanul kell maradnia. Ez rendszerint pár perc. Deréktájon a bőrt fertőtlenítő oldattal többször lemossák, majd az ágyéki csigolyák (rendszerint a 3-as és 4-es) között tűt szúrnak be, és érzéstelenítő oldatot fecskendeznek be, hogy a beavatkozás ideje alatt ne érezzen fájdalmat. Ezt követően néhány milliliternyi mintát vesznek a gerincvelői folyadékból. A tűt ezután kihúzzák, a szúrás helyét fertőtlenítik, leragasztják.

Különösebb előkészületre nincs szükség. Ha a vizsgálatot végző orvos engedi, akkor jobb, ha a beteg nem éhgyomorral érkezik a vizsgálatra, és különösen jó, ha sok folyadékot (vizet) iszik a beavatkozás előtt. Előfordulhat, hogy belegeyző nyilatkozatot íratnak alá a pácienssel, esetleg friss laborvizsgálatot kérnek előtte (pl. vérzési idő, véralvadási idő, protrombinszint).

Ha a páciensnek gyógyszerérzékenysége van, pl. a helyi érzéstelenítő szerekre, mindenképpen jelezze kezelőorvosának. Ha vérzékenységben szenved vagy véralvadásgátló gyógyszereket (pl. Syncumar, Colfarit, Astrix, stb.) szed, azt is jelezze orvosának, mert ezek növelik a vérzéses szövődmény kockázatát.



Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház
6600 Szentés, Sima Ferenc u. 44-58. Pf.: 60
Főigazgató: Dr. Kalmár Mihály
Telefon, fax: (63) 313-244 (Központ) (63) 313-972 (Fax)
e-mail: igazgatas@sentesi-korhaz.hu



Nyilatkozat a beavatkozás elvégzéséhez

Kijelentem, hogy a fenti tájékoztatást megértettem. Kellő idő állt rendelkezésemre, hogy a fentiek elfogadásáról szabadon dönthessek. A feltett kérdéseimre választ kaptam.

A beavatkozás elvégzéséhez hozzájárulok.

A beteg aláírása/törvényes képviselő aláírása :

Felvilágosító orvos aláírása

.....

Ph.:

A fenti tájékoztatást megértettem, tudomásul veszem, hogy jogom van a beavatkozás elutasítására. Tisztában vagyok azzal, hogy a beavatkozás elmaradása esetén milyen következménnyel számolhatok. Nyilatkozatommal megerősítem, hogy a felajánlott beavatkozásba nem egyezem bele.

.....

beteg aláírása törvényes képviselő aláírása

Szentés, 20

Előttünk, mint tanúk előtt:

Tanú:

Tanú:

SZENTES



Dr. Bugyi István Kórház Sürgősségi Betegellátó Osztály
6600 Szentes, Sima Ferenc u. 44-58.
Tel.: 63/313244/380
e-mail: sbo@szentesi-korhaz.hu
ÁNTSZ kód: 060114601

Beleegyező nyilatkozat járó – fekvőbeteg ellátáshoz!

Ezen nyilatkozat alapján kijelentem, hogy egészségügyi ellátásomat a szentesi Dr. Bugyi István Kórház

SBO Osztályán kívánom igénybe venni.

Hozzájárulok, hogy állapotom tisztázásához és gyógykezeléséhez szükséges diagnosztikus és terápiás eljárásokat (vérvétel, gyógyszeres kezelés, infúzió, injekció, branül bekötése) az orvosi szempontból csekély kockázatú, külön beleegyezést nem igénylő vizsgálatok és beavatkozások (katéter befixálása, gyomorszonda levezetése), terápiás eljárásokat (gyógytorna, fizioterápiás kezelések, diétetika) érdekeimnek megfelelően elvégezzék.

Tanúsítom, hogy osztályos felvételemkor az alábbiakban felsoroltokról kellő mértékben felvilágosítást kaptam:

- A kezelést, ápolást indokoló fődiagnózis
- Gyógyszeres kezelésről, annak kockázatairól
- A kivizsgálás és gyógykezelés során tervezett további vizsgálatokról, továbbá arról, hogy magas kockázatú beavatkozások esetén külön szóbeli és írásos tájékoztatást ad kezelőorvosom.

Tudomásul veszem, hogy kórházi kezeléseim ideje alatt csak a kezelőorvosom által előírt, illetve jóváhagyott gyógyszerkészítményeket szedhetem. Az általam rendszeresen szedett gyógyszerkészítményekről kezelőorvosomat tájékoztatom. Az otthonról behozott gyógyszerek szedése esetén a behozott gyógyszer hatásfokáért az intézet felelősséget vállalni nem tud.

Tudomásul veszem, hogy a vizsgálattal, a gyógykezeléssel, vagy visszautasításával kapcsolatban szabadon dönthetek, kivéve a kezelőorvosom által életmentő beavatkozásnak ítélt eljárásokat, tiltakozásomat valamely beavatkozással kapcsolatban, az erre a célra szolgáló formanyomtatványon („Nyilatkozat a kezelőorvos által javasolt beavatkozás visszautasításáról”) aláírással hitelesítem. A vizsgálat a gyógy mód visszautasításából származó egészségi állapotromlásom miatt a felelősséget vállalom.

Hozzájárulok, hogy kezelőorvosom jóváhagyásával dokumentációmba betekintést nyerhessenek az osztályon gyakorlatot teljesítő orvostanhallgatók és szakdolgozók.

Hozzájárulok adataim, vizsgálati dokumentációim, diagnosztikai képalkotó eljárások során keletkezett képeim külső egészségügyi szolgáltatóhoz elektronikus úton történő továbbításához konzultáció céljából, mely konzultáció eredményes kivizsgálásom és gyógykezelésem érdekében szükségessé válhat.

Tájékoztatót kaptam arról, hogy a kezelésben részt vevő orvosok az Országos Egészségbiztosítási Pénztár informatikai adatbázisából lekérdezhetik, hogy mikor és milyen jellegű, társadalombiztosítás által támogatott szolgáltatást vettem igénybe.

- Az információ lekérdezéséhez hozzájárulok
- Az információ lekérdezéséhez nem járulok hozzá

Dátum:

.....
tájékoztatót végző orvos aláírása és bélyegzője

Osztályos felvételnél a beteg pszichoszomatikus állapota miatt tájékozott beleegyezés nem nyerhető. Törvényes képviselő/családtag a beteget nem kísérte.

Dátum:

.....
felvevő orvos aláírása, bélyegző

Felvételem során tájékoztatást kaptam a betegazonosítóról, annak használatáról.

Tájékoztattak továbbá arról, hogy a betegazonosító használata esetén az intézményben – szükség esetén – azonosításomat a legrövidebb időn belül el tudják végezni.

A tájékoztatások alapján **kérem** **nem kérem***, hogy kórházi gyógykezelésem időtartama alatt a betegazonosítóval (karszalag) lássanak el, amely tartalmazza a TAJ-számomat, a teljes nevem, és az osztály rövidített nevét, ahol gyógykezelnék.

(*A megfelelő választ kérjük aláhúzni!)

Tájékoztatót kaptam arról, hogy az intézmény területén a személyiségjogok védelme érdekében kép és/vagy hangfelvételt készíteni az érintett személy engedélye nélkül tilos!

Tudomásul veszem, hogy a le nem adott értéktárgyaimért a kórház nem tud felelősséget vállalni:

- Ennek ellenére értéket megőrzésre nem adok le
- Ezért kérem az értékeim megőrzésének biztosítását

Tájékoztatói rendelkezéseim (hozzátartozó, biztosító, munkáltató, ügyvéd, stb. részére)

a.) a betegségemről csak a kezelésben résztvevő szakemberek tájékoztathatók

b.) a fentiekén kívül információt csak az alábbi személyek kaphatnak:

.....
.....

A betegek által behozott élelmiszerek minőségéért és eltarthatóságáért az intézmény nem tud felelősséget vállalni.

Evőeszközt intézményünk nem tud biztosítani. A tálalótálcákon felejtett evőeszközökért a kórház felelősséget nem vállal.

Tájékoztatót kaptam arról, hogy a 2011. évi XLI. Törvény értelmében az egészségügyi intézmények egész területén tilos a dohányzás. Kivételt képeznek a törvény által megengedett pszichiátriai betegek számára a Pszichiátriai Osztályokon kijelölt dohányzó helyek.

A betegellátó osztály házirendjéről, látogatási rendjéről megfelelő tájékoztatást kaptam, melyet a betegellátás zavartalanága és a betegársak nyugalma érdekében tudomásul veszek és betartok.

Jelen döntéseimet minden kényszerből mentesen akkor hoztam, amikor az összes kérdésemre személyre szabottan választ kaptam, és azokat megértettem. Elismerem, hogy a tájékozott bejegyzésemhez minden szükséges, általam érintett információt megkaptam, és annak átgondolásához elegendő idő állt rendelkezésemre.

.....
Tájékoztatót adó szakdolgozó aláírása

.....
törvényes képviselő/a beteget képviselő
családtag olvasható aláírása

.....
a beteg aláírása

.....
személyi igazolvány száma, vagy egyéb
személyazonosító száma, laccíme

Etikett címke

Dátum: