

Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház
6601 Szentés, Sima Ferenc u.44-58.Pf.60
Addiktológiai és Drogambulancia

Név:.....

TAJ:.....

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Ezen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok a gondozóban történő kivizsgáláshoz, kezelés elvégzéséhez. A javasolt kezelés kockázatairól, lehetséges gyakori szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre személyemre szabottan megfelelő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre, hogy szabadon és kényszermentesen dönthessek arról, hogy milyen kezelést szeretnék.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolják.

Beleegyezésemet adom, hogy utánkövetés esetén megkereshessenek, **személyi adataim nélkül** tudományos kutatásokban, összefoglalókban, táblázatokban, statisztikai adatokban felhasználhatják adataimat, illetve oktatásban résztvevőknek esetrajzomat.

Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról:

Nem kívánok részletes felvilágosítást kapni

Részletes felvilágosítást kívánok kapni

(A megfelelő részt kérjük aláhúzni!)

Tudomásul veszem, hogy a **kezelőorvos által életmentőnek ítélt beavatkozások kivételével** jogom van a felajánlott kezeléseket bármelyikének elutasítására, ez esetben az elutasítás tényéről írásbeli nyilatkozatot teszek. A kezelésem során az elutasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmények alakulásáért a teljes körű felelősség engem terhel.

Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

a) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:

.....
.....

b) Az alább megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:.....
.....

c) Az alább megnevezett hozzátartozóimat kérésükre se tájékoztassák:.....
.....

A kezeléshez hozzájárulok:

.....
a beteg aláírása

.....
törvényes képviselő olvasható aláírása

.....
személyi igazolvány száma

.....
lakcíme

.....
A kezelést végző aláírása

Dátum:.....

Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház
6601 Szentés, Sima Ferenc u. 44-58. Pf.: 60
Addiktológiai és Drogambulancia

TÁJÉKOZTATÓ

Tisztelt Páciensünk!

Ezúton szeretnénk tájékoztatni Önt az ambulancián felvételre kerülő személyes és egészségügyi adatok kezeléséről.

Az Önnel történt beszélgetést követően, az Ön által rendelkezésünkre bocsátott és általunk észlelt adatok a következőképpen kerülnek elhelyezésre:

Az Ön adatainak beazonosítására nyilvántartási számot használunk!
Felvétele után személyes adatait számítógépben is tárolni kell, finanszírozási okból.

Az ambulancia számítógépébe csak az ambulancia dolgozói juthatnak be egyéni kód segítségével, más számára a bevitt adatok nem hozzáférhetőek, titkosítva vannak.

Adattovábbítás az ambulanciáról csak a törvény által meghatározott esetekben történik, amit csak az ambulancia vezető orvosa végezhet.

Ilyen esetek:

Büntető ügyben:

- a nyomozóhatóság
- az ügyészség
- az igazságügyi orvos-szakértő

Polgári és közigazgatási ügyben:

- az ügyészség
- a bíróság
- a kijelölt igazságügyi orvos-szakértő

Szabálysértési eljárás során:

- az eljárást folytató szervek

Az érintett életkorától függetlenül közölni kell az egészségügyi adatokat:

- amennyiben ezt mások életének, testi épségének és egészségének védelme szükségessé teszi

Az adatközlés nem tiltható meg:

- ha az adatszolgáltatásra a magzat vagy kiskorú gyermek gyógykezelése
- egészségi állapotának megőrzése vagy védelme érdekében van szüksége

Nem tiltható meg tovább az adatküldés, ha az érintett meghatározott fertőző betegségben (pl.: fertőző májgyulladásban) szenved. Ekkor a betegellátó az egészségügyi és személyes adatokat haladéktalanul köteles továbbítani az ÁNTSZ illetékes intézetének.

Az illetékes szervek megkérdezése csak írásban történhet. A megkeresésben fel kell tüntetni a megismerni kívánt egészségügyi és személyazonosító adatokat és az adatkérés pontos célját.

Alulírott kijelentem, hogy a fenti tájékoztatót figyelmesen elolvastam, megértettem és a benne foglaltakat tudomásul vettem!

Szentés,

.....
segítő

.....
kliens aláírás

Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház

6601 Szentes, Sima Ferenc u. 44-58. Pf.: 60

Addiktológiai és Drogambulancia

Telefon, fax : (63) 313-244/104-es mellék vagy (63) 500-844

E-mail: drogamb@szentesi-korhaz.hu

Beleegyező nyilatkozat injekció beadásához

Visszavonásig érvényes

Alulírottat

Név:

Anyja neve:

Lakcím:

TAJ szám:

a injekció hatásáról, illetve mellékhatásairól felvilágosítottuk.

A beavatkozást kliens**hetente** tiszta tudattal, önként vállalja.

P.H.

Előttünk, mint tanúk előtt:

.....
a beavatkozást végző orvos aláírása

.....
tanú neve

.....
tanú neve

Hozzájárulok az injekció beadásához:

Dátum:

.....
kliens aláírása