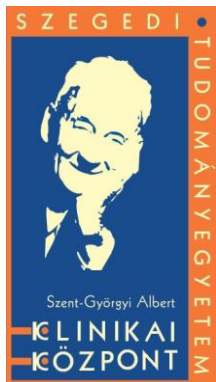


## Allgemeine Einwilligungserklärung



Name des Patienten:

Geburtsort, Geburtsdatum:

Sozialversicherungsnummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Erklärungsberechtigte Person<sup>1</sup> .....

ihr genauer Rechtsstand/Hinweis auf Beifügung der Vollmacht: .....

Mein behandelnder Arzt, Dr. .... hat mich bei einem persönlichen Gespräch in ausführlicher und personalisierter Form informiert:

- a) über meinen Gesundheitszustand, hierbei ist die ärztliche Beurteilung desselben inbegriffen,
- b) über die empfohlenen Untersuchungen, Eingriffe,
- c) über die möglichen Vorteile und Risiken der Vornahme bzw. des Ausbleibens der empfohlenen Untersuchungen, Eingriffe,
- d) über den geplanten Zeitpunkt der Vornahme der Untersuchungen, Eingriffe,
- e) über mein Entscheidungsrecht hinsichtlich der empfohlenen Untersuchungen, Eingriffe,
- f) über die möglichen alternativen Lösungen, Methoden,
- g) über den Prozess der Versorgung und dessen voraussichtlichen Ausgang,
- h) über die weiteren Versorgungen sowie
- i) über die empfohlene Lebensweise.

Ich habe die zur vorliegenden Einwilligungserklärung gehörende mündliche und die schriftliche Patienteninformation mit der Identifikationsnummer<sup>2</sup> ..... verstanden und zur Kenntnis genommen.

Ich habe die Erläuterungen verstanden, auf meine damit verbundenen Fragen zufriedenstellende Antworten erhalten, mir stand den Umständen entsprechend die nötige Zeit zur Verfügung, um frei entscheiden zu können, welche Heilmethode/Heiltherapie ich wähle.

Mein behandelnder Arzt wird mir fortlaufend entsprechende Informationen über meinen Zustand bzw. dessen Veränderung erteilen. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich im Laufe dieser Information und auch im Anschluss daran das Recht habe, weitere Fragen zu stellen.

### Als Ergebnis der Information

1. Ich habe den Namen, die fachliche Qualifikation und Position der bei der Versorgung direkt mitwirkenden Personen kennengelernt.
2. Ich habe die Hausordnung der Einrichtung des Gesundheitswesens kennengelernt, und ich werde beim Einhalten des Inhalts dieser mit den Arbeitnehmern der Einrichtung des Gesundheitswesens kooperativ sein. Ich wurde über das Recht der Kontakthaltung mit meinem Angehörigen informiert, somit besitze ich darüber Kenntnis.

Während der Zeit der Versorgung halte ich die ärztlichen Vorschriften ein, insbesondere die sich auf die Klinik-Diät beziehenden Vorschriften sowie nehme meine früheren Medikamente nur nach der vorherigen Information und Anweisung des Arztes ein.

<sup>1</sup> Erklärungsberechtigte Person:

- die vom handlungsfähigen Patienten in einer öffentlichen Urkunde oder in einer Privaturkunde mit voller Beweiskraft benannte handlungsfähige Person (§ 16 Absatz 1 Buchstabe a) Eütv. (ungarisches Gesetz über das Gesundheitswesen)
- falls der Patient handlungsunfähig ist, dann in der im Gesetz festgelegten Reihenfolge: der bzw. das mit dem Patienten im gemeinsamen Haushalt lebende, handlungsfähige Ehepartner, eingetragene Lebenspartner, handlungsfähige Kind-Geschwister, mangels dieser mit dem Patienten nicht in einem gemeinsamen Haushalt lebende Kinder, Eltern, Geschwister, Großeltern, Enkel (§ 16 Absatz 2 Eütv.).

<sup>2</sup> Falls eine schriftliche Patienteninformation vorgelegen hat, bitte die Identifikationsnummer angeben.

3. Ich wurde auch darüber informiert, dass ich das Recht besitze, die Versorgung abzulehnen, anstatt dessen eine andere Verfahrensweise zu verlangen. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich diese Entscheidung aus freiem Willen treffen kann, aus diesem Grund belastet meinen untersuchenden/behandelnden Arzt für die daraus entstehenden eventuellen Schäden keine Verantwortung, da er mir in Bezug auf die Folgen die entsprechende Information erteilt hat, sowie nehme ich auch zur Kenntnis, dass ich mit dieser meiner Entscheidung unter Umständen die genaue Aufstellung meiner Diagnose bzw. meine Heilung erschwere. Falls im Falle des Ausbleibens der Versorgung in meinem Gesundheitszustand voraussichtlich schwere oder bleibende Schädigungen eintreten sollten, kann ich die Versorgung nur in einer öffentlichen Urkunde (von einem Notar beglaubigt) oder in einer Privaturkunde mit voller Beweiskraft (eigenhändig geschrieben und unterschrieben, oder mit Maschine geschrieben, eigenhändig unterschrieben und von zwei Zeugen beglaubigt) ablehnen. Ich kann Versorgung nicht ablehnen, wenn ich damit die Gesundheit oder körperliche Unversehrtheit anderer gefährde.
4. Ich habe Informationen darüber erhalten, dass ich in die über mich angefertigte Dokumentation Einsicht nehmen kann, davon auf mein schriftlich mitgeteiltes Ansuchen gegen Erstattung der Ablichtungsgebühr Ablichtungen erhalten kann.
5. Ich besitze das Recht – mit dem Ausfüllen des diesbezüglichen Formulars – die Person/Personen zu benennen, die mein behandelnder Arzt im Zusammenhang mit meinem Zustand informieren kann, bzw. die Person/Personen benennen, die über meinen Zustand, meine Behandlung keine Informationen erhalten dürfen.
6. Ich kann die Einrichtung des Gesundheitswesens jederzeit verlassen, ich bin verpflichtet, meine diesbezügliche Absicht meinem behandelnden Arzt mit einer schriftlich abgegebenen Erklärung vor meinem Fortgang, im Voraus mitzuteilen. Falls ich die Einrichtung des Gesundheitswesens ohne Anmeldung verlasse, geht die Verantwortung dafür zu meinen Lasten.
7. Ich wurde auch darüber informiert, dass ich mich mit Beschwerden im Zusammenhang mit der Versorgung des Gesundheitswesens an den Leiter der Einrichtung wenden kann, beim Kennenlernen und bei der Geltendmachung meiner Rechte erhalte ich Hilfe vom Vertreter für Patientenrecht, dessen Identität und Erreichbarkeit ich an Hand des ausgehängten Informationsmaterials kennenlernen kann.
8. Ich wurde darüber informiert, dass das Klinikzentrum „Albert Szent-Györgyi“ bei der Universität Szeged die für die Ausbildung von Fachpersonal des Gesundheitswesens vorgegebene Einrichtung des Versorgungssystems des Gesundheitswesens ist, aus diesem Grund können bei meiner Heilbehandlung zum Zweck der Ausbildung von Fachpersonal des Gesundheitswesens Ärzte, Medizinstudenten, Fachkräfte des Gesundheitswesens, Studenten sowie Schüler von medizinischen Hochschulen, medizinischen Fachschulen oder Fachoberschulen des Gesundheitswesens anwesend sein.
9. Ich *erteile* meine Zustimmung/*erteile* meine Zustimmung (die gewählte Antwort ist zu unterstreichen), dass auf meinem der Patientenidentifikation dienenden Armband mein Name und mein Geburtsmonat angegeben werden.
10. Ich wurde darüber informiert, dass ich in Verbindung mit dem gegebenen Eingriff die Möglichkeit habe, diese allgemeine Einwilligung (in einer an den behandelnden Arzt eigenhändig geschriebenen und unterschriebenen, oder mit Maschine geschriebenen, eigenhändig unterschriebenen und von zwei Zeugen beglaubigten Erklärung) zurückzunehmen. Ich habe verstanden, dass ich im Falle der **ohne einen triftigen Grund** erfolgten Rücknahme zur Erstattung der infolge dessen entstandenen und begründeten Kosten verpflichtet werden kann.

Szeged, den .....

.....  
 Unterschrift des Patienten      Unterschrift der erklärungsberechtigten Person      Unterschrift des Arztes  
L.S.