



## Általános beleegyező nyilatkozat

Beteg neve:

.....  
Születési hely, év, hó, nap:

.....  
TAJ szám:

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

Nyilatkozattételre jogosult személy<sup>1</sup> .....

pontos jogállása/meghatalmazás csatolásának jelzése:.....

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

- a) egészségi állapotomról, beleértve ennek orvosi megítélését is,
- b) a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról,
- c) a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és 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 <sup>2</sup> írásbeli betegtájékoztatót megértettem és tudomásul vettem.

A magyarázatokat megértettem, az ezzel kapcsolatos kérdéseimre kielégítő válaszokat kaptam, a körülményekhez képest kellő idő állt rendelkezésemre, hogy szabadon eldöntsem, milyen gyógymódot/terápiát válasszak.

Kezelőorvosom folyamatosan fog állapotomról, illetve annak változásáról megfelelő felvilágosítást adni. Tudomásul veszem, hogy a jelen tájékoztatás során és azt követően is jogom van további kérdésre.

### A tájékoztatás eredményeként

1. Megismertem az ellátásban közvetlenül közreműködő személyek nevét, szakképesítését és beosztását.
2. Az egészségügyi intézmény házirendjét megismertem, az abban foglaltak betartásában együttműködöm az egészségügyi intézmény dolgozóival. A hozzátartozómmal való kapcsolattartás jogáról tájékoztattak, így azokat megismertem.

#### **1: Nyilatkozattételre jogosult személy:**

- a cselekvőképes beteg,
- a cselekvőképes beteg által közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban megnevezett cselekvőképes személy,
- kiskorú, akaratnyilvánításra képtelen, vagy cselekvőképtelen, illetve korlátozottan cselekvőképes beteg esetén a törvényben meghatározott sorrendben: a beteggel közös háztartásban élő házastárs, bejegyzett élettárs, cselekvőképes gyermek, testvér, ezek hiányában a beteggel közös háztartásban nem élő cselekvőképes gyermek, szülő, testvér, nagyszülő, unoka.

**2: Amennyiben volt írásbeli betegtájékoztató, kérjük beikszelni!**

Az ellátás ideje alatt az orvosi előírásokat betartom, különös tekintettel a kórházi diétára vonatkozó előírásokat, valamint a korábbi gyógyszereimet csak az orvos előzetes tájékoztatása és utasítása után szedem be.

3. Felvilágosítást kaptam arról is, hogy jogomban áll az ellátást visszautasítani, helyette más eljárást kérni. Tudomásul veszem, hogy ezen döntést szabad akaratból tehetem, ezért a vizsgáló/kezelőorvosomat felelősség nem terheli, mert a kellő tájékoztatást megadta a következmények vonatkozásában, valamint ezzel esetlegesen nehezítem a gyógyításom, illetve a diagnózisom pontos feltárását. Nem utasíthatok vissza ellátást, ha azzal mások egészségét vagy testi épségét veszélyeztetem. Amennyiben az ellátás elmaradása esetén egészségi állapotomban várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be, csak közokiratban (közjegyző által hitelesített) vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban (kézzel írt és aláírt, vagy géppel írt és két tanú által hitelesített) utasíthatom vissza az ellátást.
4. Tájékoztatót kaptam arról, hogy a rólam készült dokumentációba betekinthelek, arról írásos kérésemre – a másolási díj megtérítése ellenében – másolatot kaphatok.
5. Jogomban áll – az erre vonatkozó nyilatkozat kitöltésével – megjelölni azt a személyt/személyeket, akiket az állapotommal kapcsolatban kezelőorvosom tájékoztathat, illetőleg megjelölni azt a személyt /személyeket, akik állapotomról, kezeléséről tájékoztatást nem kaphatnak.
6. Az egészségügyi intézményt bármikor elhagyhatom, erre vonatkozó szándékomat távozásom előtt kezelőorvosomnak írásban tett nyilatkozattal köteles vagyok előre jelezni.
7. Tájékoztatót kaptam arról is, hogy az egészségügyi ellátással kapcsolatban panasszal az intézmény vezetőjéhez fordulhatok, jogaim megismerésében és érvényesítésében a betegjogi képviselő nyújt segítséget:
  - Betegjogi képviselő: Dr. Benedek Izabella
  - Címe, elérhetősége: 6725 Szeged, Tisza L. krt. 97.  
06-20/489-9544
8. Tájékoztattak arról, hogy a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ az egészségügyi ellátó hálózat egészségügyi szakember-képzésre kijelölt intézménye, ezért a gyógykezelésem során jelen lehet az egészségügyi szakember-képzés céljából orvos, orvostanhallgató, egészségügyi szakdolgozó, egészségügyi főiskola, egészségügyi szakiskola vagy egészségügyi szakközépiskola hallgatója valamint tanulója.
9. Hozzájárulásomat **adom /nem adom** (nemleges válasz esetén aláhúzendó), hogy a betegazonosító karszalagon nevemet és születési hónapomat feltüntessék.
10. Tájékoztattak arról, hogy az adott beavatkozás kapcsán lehetőségem van ezen általános beleegyezés visszavonására (kezelőorvos részére, a beteg vagy törvényes képviselője, két tanú jelenlétében nyilatkozhat a visszavonásról).

Szeged, .....

.....  
kezelő/vizsgáló orvos

.....  
nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

PH.