



Észak-budai Szent János Centrumkórház
010610502 Gyermekgyógyászati Osztály
Vezető főorvos: Dr. Tory Vera
1125 Budapest, Diós árok 1-3
Telefon: (36-1) 458-4500; (36-1) 458-4522
Internet: www.janoskorhaz.hu

GYERM-PIC II.-01

TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Név:	TAJ:
Születési dátum:	Betegség:
Lakcím:	

Tájékoztatást adó orvos neve:.....

Tisztelt Hozzá tartozó/ Törvényes képviselő!

A beavatkozáshoz, amelyet tervezünk, az Ön beleegyezése szükséges. Felelősségteljes döntéséhez megfelelő ismeretek szükségesek, emiatt tájékoztatjuk a tervezett beavatkozás módjáról, következményeiről, a kezelés elmaradásának veszélyeiről, illetve a kezelés során esetlegesen jelentkező szövődményekről.

I. TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT ORVOSI KEZELÉSHEZ

A gyermekemnél megajánlott kezeléshez/beavatkozás elvégzéséhez egyetértő beleegyezésemet adom, valamint az általános ellátáshoz tartozó beavatkozásokhoz (vérvétel, injekció, infúzió, laborvizsgálatok) hozzájárulok. Elismerem, hogy döntésem megkönnyítésére személyesen megfelelően tájékoztattak.

Elismerem, hogy részletes szóbeli tájékoztatást/ felvilágosítást kaptam gyermekem: egészségi állapotáról, 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, a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről, az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről, a tervezett beavatkozás lehetséges szövődményeiről, a további ellátásokról, a javasolt életmódról. A felvilágosítás teljességgel kielégítő volt.

A beavatkozással és a beavatkozás szükségszerű változtatásával, amelyek a beavatkozás/műszeres vizsgálat alatt kényszerhelyzetben adódhatnak, egyetértek. A beavatkozás olyan, orvosiilag indokolt kiterjesztéséhez, amely előre nem volt látható, hozzájárulásomat adom.

Megértettem és tudomásul veszem, hogy a gyermekem kivizsgálása és kezelése során tanuló ápolók és orvostanhallgatók is részt vesznek.

Amennyiben a gyermekem kivizsgálása/kezelése során felmerül a műszeres vizsgálat vagy egyéb ellátás szükségessége, akkor a beavatkozáshoz szükséges érzéstelenítési formákról és a műtét lényegéről külön írásbeli tájékoztatást kapok.



Észak-budai Szent János Centrumkórház

010610502 Gyermekgyógyászati Osztály

Vezető főorvos: Dr. Tory Vera

1125 Budapest, Diós árok 1-3

Telefon: (36-1) 458-4500; (36-1) 458-4522

Internet: www.janoskorhaz.hu

A megajánlott **kezeléshez** egyetértő beleegyezésemet adom, mely megtevesztéstől, fenyegetéstől és kényszersztől mentes. Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom, illetve az ellátás megszakítását kérhetem.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kivizsgálások/kezelések egészét vagy egy részét, az ellátás megkezdése előtt, vagy az ellátás folyamata alatt bármikor elutasítani. Ez esetben a gyermekem kezelése során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiktől a részemre felajánlott kezelést nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem, amelyet egyúttal kiterjesztek az ellátó Intézményre is.

A beleegyező nyilatkozathoz tartozó, a feltételezett betegséggel kapcsolatos szóbeli felvilágosítást megkaptam.

A szükséges EESZT dokumentációba történő betekintést az orvos számára engedélyezem.

A beteg/hozzátartozó által feltett egyéb kérdések és azokra adott válaszok:

.....

.....

.....

II. HÁZIREND

Elismerem, hogy Intézménybe való felvételem során *figyelmemet felhívták* az osztályon kifüggesztett **HÁZIREND** megismerésének lehetőségére.

Kijelentem továbbá, hogy *figyelmemet felhívták arra is*, hogy gyermekem Intézményi tartózkodása idejére pénzem és egyéb, a Intézménybe behozott értékeimet a házi pénztárába **ingyenesen letétbe helyezhetem**. Egyúttal tudomásul veszem, hogy az Intézmény csak a kórházi letétbe helyezett készpénzért és értéktárgyakért vállal felelősséget és a Letét és értékkezelési Szabályzata szerint jár el.

Kijelentem, hogy gyermekem és szükség esetén saját személyes okmányaimat az egészségügyi személyzet kérésére bemutatom. Tudomásul veszem, hogy a továbbiakban igazolványokért az Intézmény felelősséget nem vállal, azokra saját magam vagyok köteles vigyázni, kivéve, ha azokat letétbe helyezem.

Gyermekem egészségügyi ellátása alatt felvilágosítás kizárólag a törvényes képviselő részére adható. Kijelentem továbbá, hogy osztályos felvétel során tájékoztatást kaptam a Betegazonosító csuklószalag viselésének szükségességéről, valamint az igénybe vehető térítésköteles ellátásokról.

A tájékoztatást adó orvos aláírása és pecsétje

A beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

Budapest, év hó nap óra perc