



Észak-Pesti Centrumkórház – Honvédkórház

1134 Budapest, Róbert Károly krt. 44. Tel.: 06-1-465-1800 Fax: 06-1-340-3129

ÉPC-HK főigazgató: Prof. Dr. Wikonkál Norbert Miklós MTA doktora

Hatósági egyedi azonosító: 522514

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat kórházi gyógykezelésbe (általános)

B0313004

Név:;

Szül. hely, idő:

Lakcím:

Feltételezett kórisme:

Kijelentem, hogy panaszomat okozó betegségem gyógyítását a Észak-Pesti Centrumkórház - Honvédkórházban igénylem.

Igen Nem

Kívánja-e, hogy a diagnózis megállapítását követően betegségével kapcsolatban orvosától információt kapjon?		
Beleegyezem, hogy a lázlapom, az egészségügyi személyzet részére, jól látható és elérhető helyen (ágyvége) kifüggesztésre kerüljön.		
Beleegyezem, hogy az ellátásom során az egészségi állapotomra vonatkozó személyazonosító adataimat a mellékelt tájékoztató szerint (Adatvédelmi - Adatkezelési Szabályzat E010105 5. sz. melléklete) az egészségügyi szolgáltató felhasználja.		

Hozzá tartozók és egyéb érdeklődők tájékoztatása

Érdeklődés esetén kinek adhatunk Önről információt?*:
- házastárs, élettárs, szülő, nagyszülő, gyerek, unoka, testvér, egyéb (felsorolni):
- senkinek

Az alábbiakban megnevezettek részére betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal adhatnak tájékoztatást.

Rendkívüli esetben/elhalálózásom esetén az alábbi hozzátartozóm értesítendő telefonon /SMS -ben/e-mailben*(2 órán belül).
Tudomásul veszem, hogy a lent megnevezett hozzátartozóm jogosult halálom esetén a hátrahagyott értéktárgyaimat átvenni.

Név: Rokonsági fok:
Cím: Telefonszám: e-mail:

Tudomásul veszem, hogy az általam elutasított kezelések elmaradásából származó következményekért a felelősség rám hárul.

A betegazonosítás biztonságának elősegítése érdekében **hozzájárulok/nem járulok hozzá*** a 1/2005. EüM. irányelvben előírtaknak megfelelően a **betegazonosító karszalag felhelyezéséhez** és mindaddig történő viseléséhez, amíg kezelőorvosom szükségesnek tartja.

Tudomásul veszem, hogy a Honvédkórház **gyakorló kórház**, ezért ellátásomban kezelőorvosom felügyelete mellett a szakmai gyakorlatukat töltő orvos - és szakdolgozó jelöltek is közreműködhetnek. Továbbá **beleegyezem/nem egyezem bele***, hogy ha ellátásom során sor kerül diagnosztikus céllal szövetminta levételére, akkor azt szövettani vizsgálat után a laboratóriumban megőrzik és azokból tudományos igényű feldolgozásokat végezzenek, illetve a betegségemmel kapcsolatos orvosi leleteket és eredményeket az intézet tudományos céllal felhasználhassa.

Tájékoztatót kaptam arról, hogy az egészségügyi és személy adataim kezelése számítógépes rendszerrel történik, melynek következtében ahhoz hozzáférhetnek: mindazon (jogosultsággal rendelkező) dolgozók, akikkel gyógykezelésem során kapcsolatba kerülök. Harmadik személlyel fenti adataim közlésére beleegyezem **pl. laborvizsgálat, külső konzilium, külső vizsgálat. Lehetőségem volt a közzétett személyes adatok kezelésére vonatkozó tájékoztatást megismerni.**

Anyagi felelősségem tudatában kijelentem, hogy kórházi felvételem napjától kórházból való eltávozásom napjáig semmilyen, a NEAK által finanszírozott intézeten kívüli egészségügyi szolgáltatást nem veszek igénybe, annak igénybevételét nem kezdeményezem (ide tartozik: már előzőleg felírt járóbeteg, gyógyfürdő, fekvőbeteg ellátás is, valamint hozzátartozóm közreműködésével másutt a nevemre felírt gyógyszer, gyógyászati segédeszköz stb.). Ez nem vonatkozik az intézet által kezdeményezett ellátásokra. **Tudomásul veszem, hogy amennyiben ezt az előírt megszegem, a felmerülő költségeket számomra a NEAK nem finanszírozza, ezért azok engem terhelnek. A kezelőorvosomtól az erre vonatkozó szükséges felvilágosítást megkaptam, azt megértettem, tudomásul vettem, rámnézve kötelezőnek tartom.**

Nyilatkozom, hogy a saját behozott gyógyszereimet kezelőorvosom tudtával és beleegyezésével abban az esetben használhatom, amennyiben a kórház által felajánlott helyettesítő gyógyszereket nem fogadom el, továbbá **tudomásul veszem**, hogy saját gyógyszereim minőségi megfelelésségéért a kórház nem vállal felelősséget.

Nyilatkozom, hogy a fizioterápiás beavatkozásokkal és adatainak terápiás célú kezelésével **egyetértek/nem értek*** egyet. Tudomásul veszem, hogy a NEAK által történő finanszírozás alapján a felvétel és a távozás napja **egy ápolási napnak számít**, ennek értelmében a felvétel napján **ebédet és vacsorát**, távozás napján pedig csak **reggelit** kaphatok.

Tudomásul veszem, hogy a **krónikus fekvőbeteg** ellátás kiegészítő díja 2011.07.01-től **800 Ft/nap**, amit az egyéb jogcímen beszedett díjakon felül kell beszédni a felvételtől számított **7. hónap megkezdésétől**.

Tudomásul veszem, hogy a tiltott helyen történő dohányzás, elektronikus cigaretta vagy dohányzást imitáló elektronikus eszköz használata esetén az egészségvédelmi bírság összege (20.000-50.000 Ft), mint magánszemélyt, engem terhel, továbbá az Intézményre **kiszabott szabálysértési bírság (1.000.000-2.500.000 Ft) kártérítési jogcímen is áthárítható rám.**

Budapest; Dátum:

Felvevőorvos neve aláírása:

Beteg neve, aláírása:

Törvényes képviselő /közeli hozzátartozó neve, személyi ig. száma**: Törvényes képviselő/közeli hozzátartozó lakcíme:

* **A kívánt rész aláhúzandó !**

Cselekvőképesség hiányában, vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett **CSAK a törvényes képviselője vagy közeli hozzátartozója írhatja alá! Kitétele és kinyomtatása (a beteg állapotától függően) az első orvosi állapotfelmérést követően történjen. Az állapotfelmérő orvos tölti ki! A beteg kezelésének időtartamára az egészségügyi dokumentációban a beteg kezelésében résztvevők számára jól látható helyen kell tárolni