



FARKASGYEPŐI TÜDŐGYÓGYINTÉZET

H-8582 Farkasgyepű

049/2 hrsz.

Központi telefon: +36 (89) 358-013, Titkárság: +36 (89) 358-001

Fax: +36 (89) 358-088

E-mail: igazgatas@farkasgyepukorhaz.hu

Általános beleegyező nyilatkozat a kórházi felvételhez, kezeléshez

Beteg neve:.....

Anyja neve:.....

Születési idő:

Lakcím:.....

Ezen nyilatkozat aláírásával beleegyezésemet adom, hogy felvételre kerüljek a Farkasgyepői Tüdőgyógyintézet osztályára. **Amennyiben a tervezett kórházi kezelésem többszöri felvételt igényel, úgy ezen általános beleegyező nyilatkozatomat a kezelés befejezéséig érvényesnek tekintem.**

Beleegyezem, hogy kórházi tartózkodásom alatt a diagnózis megállapításához vagy annak pontosításához, valamint a gyógykezelésemhez szükséges **diagnosztikai vizsgálatokat és terápiás eljárásokat az orvos elvégezze. Az előrelátható orvosi intézkedésekkel és kezelésmódokkal egyetértek. Beleegyezem a szükségesnek tartott gyógyszerek, kábítószeres, infúziók és más, a kezelés során szükségessé váló anyagok beadásába.**

Tudomásul veszem, hogy amennyiben kórházi tartózkodásom alatt saját gyógyszert hozok be, azt haladéktalanul köteles vagyok jelezni az egészségügyi személyzetnek, továbbá saját gyógyszereim szedése és adagolása a kórházi kezelőorvos utasításainak megfelelően történhet.

Tudomásul veszem, hogy minden magas kockázattal járó diagnosztikus, vagy terápiás beavatkozás esetén külön beleegyező nyilatkozatot kell megismernem és aláírnom. Beleegyezem, hogy a betegség során fellépő, sürgőssé váló (életveszély) diagnosztikai vizsgálatokat és műtétet írásbeli hozzájárulásom nélkül is, rajtam elvégezzék.

Tudomásul veszem, hogy a szakszerű kivizsgálás esetén előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, amelyek egészségi állapotomat a várható gyógyulás időtartamot kedvezőtlenül befolyásolhatják.

Beleegyezem, hogy személyi (személyes) adataimat és egészségügyi adataimat a kórház a vonatkozó nemzeti és uniós jogszabályok betartásával kezelje. * (Az adatkezelés célja: diagnosztika és gyógykezelés; Az adatkezelés jogalapja: a GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) pontja (az adatkezelés az adatkezelőre vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges), továbbá többek között az Eütv. 136. §-a, valamint az Eüak.: 9. §-a; A kezelt adatok köre: személyes és egészségügyi adatok; A kezelt adatok tárolási ideje: jogszabályban meghatározott időtartam, zárójelentés esetében 50 év; Az adatkezelés módja: papíralapú és elektronikus).



FARKASGYEPÜI TÜDŐGYÓGYINTÉZET

H-8582 Farkasgyepű

049/2 hrsz.

Központi telefon: +36 (89) 358-013, Titkárság: +36 (89) 358-001

Fax: +36 (89) 358-088

E-mail: igazgatas@farkasgyepukorhaz.hu

Tudomásul veszem, hogy az egészségügyi dokumentáció vezetése részben elektronikus úton történik. Tudomásul veszem, hogy a rám vonatkozó egészségügyi és személyazonosító adatokat megismerhetem, dokumentációmba betekinthetek, orvosi irataimról – első alkalommal díjmentesen, ezt követően térítési díj ellenében a saját költségemre - másolatot kaphatok, és az általam írásban felhatalmazott személyek is. Tudomással bírok arról, hogy a kórházi vizsgálatok kapcsán kiállított egészségügyi dokumentációk (beleértve a zárójelentést is) az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT, <https://e-egeszsegugy.gov.hu/>) rendszerben is megtekinthetem, letölthetem.

Tudomásul veszem, hogy az intézetben a betegazonosítás QR kódos betegazonosító karszalag felhelyezésével és beolvasásával történik. A QR kódos betegazonosító karszalagon túl intézetünk további betegazonosító karszalagot biztosít, amely az Ön nevét, Taj számát, születési idejét és azt a kórtermet jelöli, ahol az Ön kezelése történik.

Nyilatkozom, hogy a nevemet, Taj számomat, születési időmet és elhelyezésemet jelölő karszalag felhelyezéséhez **hozzájárulok / nem járulok hozzá.**

Tudomásul veszem, hogy az intézet kizárólag az értékmegőrzésre átadott értékekért vállal felelősséget. Nyilatkozom, hogy az értékmegőrzést **igénybe veszem / nem veszem igénybe.** Gyógyszer és ételallergia kapcsán nyilatkozom, hogy

- **nem tudok sem gyógyszer-, sem étel allergiámról**
- **gyógyszer allergiám:**
- **étel allergiám:**
- **egyéb allergiám**.....

Kórházi fertőzés megelőzése érdekében történő tájékoztatást **megértettem /nem értettem meg.**

Kijelentem, hogy tájékoztatást kaptam az intézet Házirendjéről, valamint az intézetben működő betegjogi képviselő személyéről és elérhetőségéről.

Kijelentem, hogy kezelőorvosom gyógykezeléssel, betegségemmel kapcsolatban teljes körűen tájékoztatott. Tudomásul veszem, hogy a javasolt vizsgálatokat és kezeléseket bármikor elutasíthatom. Az emiatt bekövetkező állapotrosszabbodásért egyéb hátrányos következményekért minden felelősség engem terhel.

Tájékoztatási rendelkezések a kórházi felvétel kapcsán

Az érdeklődőknek a bentfekvésem tényét, és az ápoló osztályom nevét:

megadhatják ☐

nem adhatják meg ☐



FARKASGYEPŐI TÜDŐGYÓGYINTÉZET

H-8582 Farkasgyepű

049/2 hrsz.

Központi telefon: +36 (89) 358-013, Titkárság: +36 (89) 358-001

Fax: +36 (89) 358-088

E-mail: igazgatas@farkasgyepukorhaz.hu

Megtiltom, hogy az intézet a gyógykezelés tényét vagy az azzal kapcsolatos egyéb információt más előtt feltárja. Tudomásul veszem, hogy az Intézet ettől eltekinthet, ha a törvény elrendeli, mások életének, testi épségének és egészségének védelme szükségessé teszi illetve további ápolásomat, gondozásomat végző személlyel közölni lehet azokat az egészségügyi adatokat, amelyek ismeretének hiánya egészségi állapotomnak károsodásához vezethet. ☐

A betegségem természetével kapcsolatos tájékoztatásról lemondok ☐

A betegségem részleteiről tájékoztassák / helyettem tájékoztassák

.....(név, lakcím)

Az alább megnevezett személyek mindennemű tájékoztatását megtiltom:

.....
(a megfelelő részt x-el jelölni szíveskedjék)

A joggyakorlásra való felhatalmazás

Kijelentem, hogy a Farkasgyepői Tüdőgyógyintézetbe történő felvétel kapcsán a gyógykezelés tényéről vagy az állapotom kapcsán a gyógykezeléshez, illetve beavatkozáshoz való hozzájárulás jogát cselekvőképtelenségem esetén helyettem **törvényes képviselőm / alábbi cselekvőképese személy jogosult gyakorolni.**

.....(név, lakcím)

Cselekvőképtelen, illetve korlátozottan cselekvőképese beteg esetén a betegazonosításra szolgáló QR kódos betegazonosító karszalagon túl külön beleegyezés nélkül kerül felhelyezésre a beteg nevét, Taj számát, születési idejét és a körtermet jelölő betegazonosító karszalag.

A fenti tájékoztatást megértettem, tudomásul veszem és magamra nézve kötelezően elfogadom. Kellő idő állt rendelkezésemre, hogy a fentiek elfogadásáról szabadon dönthessek.

Kijelentem, hogy felvételemmel kapcsolatban további kérdésem nincs. Kijelentem, hogy fenti nyilatkozataim akaratommal mindenben megegyeznek, a Farkasgyepői Tüdőgyógyintézetbe történő felvételemhez, gyógykezeléseimhez fentiek szerint hozzájárulok, és ezt aláírásommal is megerősítem.

Farkasgyepű, 20....évhónap

.....
felvevő orvos aláírása, Ph.

.....
beteg aláírása

.....
törvényes képviselő
aláírás



FARKASGYEPÜI TÜDŐGYÓGYINTÉZET

H-8582 Farkasgyepű

049/2 hrsz.

Központi telefon: +36 (89) 358-013, Titkárság: +36 (89) 358-001

Fax: +36 (89) 358-088

E-mail: igazgatas@farkasgyepukorhaz.hu

Előttünk, mint tanúk előtt:

Tanú (név, lakcím, aláírás):

Tanú (név, lakcím, aláírás):

* Jogsabályok:

- Az Európa Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendelete a természetes személyeknek s személyes adatok tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46 EK irányelv hatályon kívül helyezéséről (általános adatvédelmi rendelet, hatályos: 2018. május 25-től és közvetlenül alkalmazandó). (GDPR)
- 2011. évi CXII. törvény az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról (Infotv.)
- 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről (Eüak.)
- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (Eütv.)