

A beteg neve: TAJ:

- I. Aláírásommal megerősítve kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógylási kilátásaimról nem khánok részletes felvilágosítást kapni. Ezért a döntéseket kezelőorvosaimra bízom. (Ezt a nyilatkozatot - elfogadás esetén - kérjárásval megismételten leírva, majd aláírva, erősítse meg. E megérőstő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondása érvénytelten.)

- II. Az Ön betegsége, a beavatkozás indokja (amennyiben már ismert), latinul / magyarul:
1. A vastagbél és a végbeli látható betegségeinek a pontos megállapítása, ** szövettani mintavétel**

gyógykezelés (polyp levél, daganat etávolítás, stb.)**

2. A javasolt vizsgálat / beavatkozás, mely latinul / magyarul: Kolonoszkópia - Vastagbél tükrözés

A vizsgálat / beavatkozás menete:

- a szűküsges elökészület után, a magbeszél időpontban érkezik a vizsgálatra a beteg
- egy halászkony műszer karú felvezetésre a végbélvílásnak kerestül a vastagbelbe
- a vizsgálat kellemetlen, kisebb fájdalom is előfordulhat
- a körülmenyekről függően kb. 15-30 perig tart a vizsgálat

A vizsgálat utáni:

- 2/a. A vizsgálat (beavatkozás) körkázata, szövödményei:

Az esetleges szövödmények csökkenése érdekében kérjük válaszoljan a következő kérdésekre:

- Tud-e gyógyser iránti tüllerékenységről?..... Igen..... NEM.....
- Tud-e vérzékenységről?..... Igen..... NEM.....
- Szed-e vérállavadt általános gyógynövételt?..... Igen..... NEM.....
- Van-e betegsége az összetevőkkel szemben?..... Igen..... NEM.....
- Van-e zöld húgyúgia?..... Igen..... NEM.....
- Van-e beültetett szívritmus szabályzója?..... Igen..... NEM.....
- Fennáll-e terhesség?..... Igen..... NEM.....
- Van-e egyéb említésre méltó betegsége?..... Igen..... NEM.....

Hámarad valamivel kérdezések: legegyszerűbb orvosnak vagy az asszisztensnek!

Z/b. A vizsgálat (beavatkozás) elmaradásának lehetőséges következményei:

- a valós betegsés nem kerül felismérésre
- leghatékonyabb gyógymód nem biztosítás

- 2/c. Helyette alkalmazható beavatkozás: alternatívája nincs.
3. A javasolt beavatkozás, kockázatairól, lehetséges gyakorisáról, szövödményeiről szépen feltett kérdésesíme is megjelölő választ kaptam kezelőorvosomtól, és kérő idő állt rendelkezésre ahhoz, hogy szabadon töntsekk erről, milyen kezelést szeretné. Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról megfelelően tájékoztni. Tudomásom veszem, hogy szakaszrú kezelés esetén is előfordulhatnak fenti előre nem látható szövödmények, melyek a várható gyógyról nem számítyek.
4. Tudomásomról vészem, hogy logom van a felajánlott beavatkozás elutasítására. Ez esetben a kezelésre során, a visszatartás miatt bákovatkozás szövödményeket, illetve a gyógyteredmény alkálásáért az orvosokat, akiknek a kezelésben várható gyógyról nem számítyek.
5. A felvilágosítást megértem, megismertem az ajánlott és más szoba jóvő kezelési eljárás elonyait, hátrányait is, további kérdés nincs.
- a.) A fentiek alapján a felajánlott beavatkozást *
- el fogadom ** (A lejegyezésem a tájékoztatás alapján minden kényeztető mentesem adom.)
 - visszautasítom *.
- b.) A biopszia során a **beavatkozás kiteresztésébe** (elgyeszítély, stúpios egészségkárosodás, félárt, előzőleg nem ismert elváltozás esetén)
- nem egyezem belegyezem ***
 - visszautasítom *, hogy a kezelőben oktató, célból egészségügyi szakemberek, tanulók lehessenek járni.
- c.) • belegyezem **
- visszautasítom **, hogy beavatkozás minden rövidítésben készül felvételen személyem nem válik feleslegessé.
- d.) • belegyezem **
- visszautasítom **, hogy a beteg tömörységes képviselője / nyilatkozattáteire jogosult aláírása *

Törvényles képviselő:
 Név (olvasható):
 Szöbör nyilatkozat, vagy + ezen általános aláírás, azonosító:
 Előtünk, mint tanúk előtt:

1.) Név:
 Szem. ig. szám:
 2.) Név:
 Szem. ig. szám:

Jáz - Nagykan - Szolnok Megyei Csecsemő- & Gyermekklinikai, 3000 Szolnok, Toaszgi út 21. Telefon: 56/503-803



NYILATKOZAT

N031304

Változat: 2

**A BETEG SAJÁT GYÓGYSZEREINEK ÉS EGYÉB KÉSZÍTMÉNYEKNEK KÓRHÁZI KEZELÉS
ALATT TÖRTÉNŐ ALKALMAZÁSRÓL**

Alulírott..... TAJ:..... saját elhatározásomból kérem, hogy a Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház Rendelőintézetében tartózkodásom ideje alatt az alábbi készítményeket is szedhessem:

<u>Készítmény gyári neve</u>	<u>Mennyisége</u>	<u>Adagolása</u>	<u>Gyártó</u>	<u>Felhaszn.</u>	<u>Visszaadott mennyiség idő</u>
----------------------------------	-------------------	------------------	---------------	------------------	--------------------------------------

- 1.).....
- 2.).....
- 3.).....
- 4.).....
- 5.).....
- 6.).....
- 7.).....
- 8.).....
- 9.).....
- 10.).....

A fentiekben felsorolt készítményeket átadom a bentfekvésem ideje alatt szükséges gyógykezelésemhez.

....., 20.....

.....
Beteg olvasható neve

.....
Kezelő orvos olvasható neve
v. pecsétlenyomata

.....
Beteg aláírása

.....
Kezelő orvos aláírása

.....
20.....

.....
Visszaadott gyógyszer mennyiség átvevőjének aláírása



**Transzfúziós
Betegfelvilágosító és –
hozzájárulási nyilatkozat**

**B0313025
Változat: 3
Lapszám: 1/1**

Beteg neve:.....

TAJ/ egyéb azonosító:.....

Tudomásul veszem és hozzájárulok, hogy más emberektől levett, a szakmai szabályok szerint kivizsgált és kezelt vérkészítményt juttatnak szervezetembe.

Vérátomlesztésre azért van szükség, mert szervezetemben az életemet veszélyeztető mértékben kevés van valamelyik véralkotórészből, és azt más módon pótolni jelenleg nem lehet.

Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás az előnyök mellett hátrányokkal is járhat az egészségi állapotra vonatkozóan. A bevitt idegen vérsejtek sohasem azonosak teljes mértékben a sajáttal, ezért azokat a szervezet elsősorban lázzal, veseműködési zavarokkal, allergiás bőrjelenségekkel és más nemkívánatos reakciók kíséretében kivetheti magából, annak ellenére is, ha a vérátomlesztés előtt előírt, szabályszerűen elvégzett előzetes laboratóriumi vizsgálatok során erre a lehetőségre eredmény nem utal. Ennek tényleges valószínűsége jelenlegi ismereteink szerint kevesebb, mint egy százalék.

Tudomásul veszem, hogy a vérátomlesztéssel az előírt vizsgálatok negatív eredménye ellenére is fertőzés, különösen fertőző májgyulladás kórokozóját lehet átvinni. Ennek tényleges valószínűsége jelenlegi ismereteink szerint százezer vérátomlesztésből legfeljebb egy.

A fentiekől részletesen, személyre vonatkozóan, közérthető szóhasználattal személyesen a felvilágosítást adta:

Dr._____

Orvos neve

Orvosi aláírás, pecsét

Kelt: _____ év: _____ hónap: _____ nap: _____

Beteg/törvényes képviselő aláírása:.....

Törvényes képviselő azonosítója:.....

A nyilatkozat visszavonásig érvényes!



**NYILATKOZAT
GYÓGYINTÉZET
ELHAGYÁSÁRÓL**

B 0313023-

II.

Változat: 1

Nyilatkozat gyógyintézet elhagyásáról II.

Alulírott (szül.:
.....

anyja neve:

szám alatti

lakos), az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eü.tv.) 12.§-ban, illetőleg 15.§ (1)-(2) bekezdésében foglaltak alapján nyilatkozom, hogy

.....nevű,TAJ
számú.....(gyermekemet, stb.) a kórházból
saját felelősségemre elviszem.

Tudomásul veszem, és aláírásommal igazolom, hogy az állapotára vonatkozó minden nem felvilágosítást megkaptam, felhívták figyelmemet a gyógykezelés elmaradásából adódó következményekre.

Korlátozó szabály az önrendelkezési jog tekintetében, hogy a hozzá tartozó nyilatkozata nem érintheti hátrányosan a beteg egészségi állapotát, így különösen nem vezethet súlyos vagy maradandó egészségkárosodáshoz.

Kijelentem továbbá, hogy a gyógykezelés elmaradása miatt a későbbiek során kialakuló szövődmény, hátrányos eredmény miatt sem az orvossal, sem a kórházzal szemben követelést nem támasztok.

S z o l n o k, 20

.....
(név, rokon fok)

Előttünk, mint tanúk előtt:

..... Név

..... Név

..... szig. szám

..... szig. szám

..... lakcím

..... lakcím