

**Gróf Tisza István Kórház Berettyóújfalú –  
BELGYÓGYÁSZAT OSZTÁLY  
ÁLTALÁNOS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT**

**FB0313283**

**Beteg neve:** \_\_\_\_\_ (TAJ: \_\_\_\_\_, születési idő: \_\_\_\_\_)

Ezen nyilatkozat aláírásával beleegyezésemet adom, hogy felvételre kerüljek az osztályra. Amennyiben a kórházi kezelésem protokoll szerint ugyanazon osztályon többszöri felvételt igényel, úgy ezen Általános Beleegyző Nyilatkozat aláírása a kezelés befejezéséig érvényes.

1. Kötelezem magam, hogy az osztály folyosóján kifüggesztett Házirendet mielőbb elolvasom és az abban foglaltakat betartom. Tudomásul veszem, hogy gyógykezelésem alatt az osztály, illetve a kórház területét csak orvosi engedéllyel hagyhatom el. A fentiek megszegése miatti minden következmény engem terhel.
2. Kérem, és ezért beleegyzem, hogy kórházi tartózkodásom alatt a kórisme megállapításához, vagy annak pontosításához, a kezelés eredményének nyomon követéséhez szükséges adatfelvételt és rutinvizsgálatokat (orvosi betegevizsgálat, vérvétel és más laborvizsgálatok, EKG, röntgen, ultrahang, stb.) elvégezzék.
3. Kérem, és ezért beleegyzem, hogy újonnan megállapított/valószínűsített, valamint korábbról már ismert betegségeim gyógyítása érdekében kezelőorvosaim a szakma szabályainak megfelelő gyógyszeres és nem gyógyszeres kezelést alkalmazzák.
4. Tudomásul veszem, hogy szakszerű kivizsgálás esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények (pl. gyógyszerallergia), amelyek egészségi állapotomat, a várható gyógyeredményt és tartamot kedvezőtlenül befolyásolhatják. Az egészségügyi személyzetet az előre nem látható szövődményekért felelősség nem terheli mindaddig, amíg a szakma szabályai szerint jártak el.
5. Tudomással bírok arról, hogy megismerhetem a rám vonatkozó egészségügyi adatokat, dokumentációmba betekinthetek, orvosi irataimról saját költségemre másolatokat kaphatok. Mindezek a jogok megilletik az általam megjelölt személyeket is.
6. Az osztályon bekövetkező esetleges halálom esetén is az általam megjelölt személyek jogosultak a rám vonatkozó egészségügyi adatokat megismerni, illetve orvosi irataimat saját költségükre készített fénymásolat formájában megkapni.
7. Tudomással bírok arról, hogy gyógykezeléssel kapcsolatos panaszaimat – amennyiben az osztály személyzetével nem sikerült a felmerült problémát megoldani – a Kórház betegjogi képviselőjénél bejelenthetem.
8. Tudomással bírok arról, hogy jogom van bármikor a javasolt vizsgálatok és kezelés elutasítására. Az emiatt bekövetkező egészségromlásért, egyéb hátrányos következményekért minden felelősség engem terhel és azokat az egészségügyi dolgozókat, akiknek a javaslatát nem fogadtam el, mindennemű felelősség alól felmentem.
9. Tájékoztatjuk, hogy a vizsgálat és az azt követő egészségügyi eljárás térítési díját meg kell térítenie, amennyiben az Egészségbiztosítási Alapon keresztül az nincs biztosítva, és a vizsgálat eredménye alapján sürgős szükség nem áll fenn.
10. Kezelőorvosom gyógykezeléssel összefüggésben adategyeztetésről, kivizsgálásom menetéről és a betegséggel kapcsolatos orvosi kérdésekről teljes körűen, szóban tájékoztattott, melyet elegendőnek találtam.

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

Berettyóújfalú, .....

\_\_\_\_\_  
felvevő (kezelő) orvos aláírása

\_\_\_\_\_  
beteg vagy törvényes képviselő aláírása