

HOZZÁJÁRULÁSI NYILATKOZAT

Személyi adatok	
Beteg neve:	#!NEV;
Lakcíme:	#!BIRSZAM; #!BVAROS; #!BUTCA;
Születési ideje:	#!BSZULHELY; #!SZULIDO;

Kérjük, hogy az alábbi táblázatban az „igen” vagy a „nem” rovatban „X”-szel jelölje, hogyan rendelkezik! Minden kérdésre válaszoljon és mindegyikre csak az egyik oszlopba tegyen jelet!

Hozzájárulás / Tiltás	Igen	Nem
Az intézményben személyesen megjelent vagy telefonon érdeklődőknek (porta, osztály) a bennfekvésem tényét és az ápoló osztályom nevét megadhatják.		
Hozzájárulok ahhoz, hogy az egészségügyi dokumentumaimba közeli hozzátartozóim és törvényes képviselőm(im) ellátásom ideje alatt betekinthessek.		
Amennyiben NEM, az alábbi személyre, hozzátartozómra a fenti korlátozás nem vonatkozik:		

Az alábbi rovatokba írja a megfelelő személy nevét, lakcímét, és telefonszámát, vagy húzza ki, ha üresen akarja hagyni.

Értesítés / Tájékoztatás / Önrendelkezés	Név	Lakcím	Telefonszám
A tájékoztatás jogáról lemondok, a betegségem részleteiről helyettem tájékoztassák: (1)			
A bennfekvéssel kapcsolatban kérem értesítsék:			

A többi jog (pl. beleegyezés és beavatkozás visszautasítása) gyakorlását átruházni csak hiteles köz- vagy magánokirattal lehet. Erről kérdezze kezelő orvosát.

Megjegyzés:

A betegjogi tájékoztatót elolvastam, megértettem és tudomásul vettem.

#!KORHCIMVAROS; #!AKTDATUM;

.....
 beteg olvasható aláírása
 Beteg neve: #!NEV;
 Születési ideje: #!SZULIDO;
 Születési helye: #!BSZULHELY;
 Lakcíme: #!BIRSZAM; #!BVAROS; #!BUTCA;

.....
 vagy a törvényes képviselő aláírása (2)
 Törv.képv. neve: #!HNEV;
 Születési ideje:
 Születési helye:
 Lakcíme: #!HIRSZAM; #!HVAROS; #!HUTCA;

(1) A cselekvőképes beteg a tájékoztatásról lemondhat kivéve, ha a betegsége természetét ismernie kell ahhoz, hogy mások egészségét ne veszélyeztesse. Ha a beavatkozásra a beteg kezdeményezésére és nem terápiás célból kerül sor, a tájékoztatásról való lemondás csak írásban érvényes. A tájékoztatás jogáról lemondva a cselekvőképes beteg, más cselekvőképes személyt közokiratban, vagy teljes bizonyító erejű magánokirattal - írásképtelensége esetén - két tanú együttes jelenlétében megtett nyilatkozattal nevezhet meg, akit teljes körűen tájékoztatni kell.

(2) cselekvőképesség hiányában, vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett CSAK a törvényes képviselő írhatja alá!

Cselekvőképes, de írásképtelen, analfabéta beteg két tanú együttes jelenlétében megtett nyilatkozattal önrendelkezhet, mind az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga, illetőleg a tájékoztatás vonatkozásában.

A beteg jelen állapota (eszmeletlen, zavart tudat, belátási képesség hiánya,...) miatt ezen nyilatkozatot nem tudta kitölteni:

#!KEZORV; #!OSZTVZSGKEZORVNEV;
 Kezelőorvos P.H.