

BELEEGYEZŐNYILATKOZAT

Parádfürdői Állami Kórház

3244 Parádfürdő, Kossuth Lajos út 221.

Mozgásszervi Rehab. Osztály

Osztályvezető: Rabóczki Anita dr.

Tel: 36/544-800/317mellék

Beteg neve

Születési dátum :

TAJ

Törzsszám :

Felvétel dátuma :

Jelen nyilatkozat aláírásával igazolom, hogy a kórházi házirendről, és a betegjogi képviselő elérhetőségéről a tájékoztatást megkaptam, azokat elfogadom.

Az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Gondnokság alatt áll -e?

Igen / Nem

Törvényes képviselője van -e?

Igen / Nem

.....
beteg aláírása

A co-payment fizetési feltételeket elfogadom,Ft/nap összeget távozás előtt részletben kifizetem.

.....
felvételi iroda

.....
beteg aláírása

Kijelentem, hogy részletesen tájékoztatott az egészségi állapotomról, ideértve az eddigi előzetes vizsgálatok eredményét, állapotom orvosi megítéléséről, a betegségem, vagy gyanúja miatt javasolt vizsgálatokról/beavatkozások elvégzésének szükségességéről, az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről, további ellátásokról.

A tájékoztatást megértettem, feltett kérdéseimre kielégítő választ kaptam, ezek alapján beleegyezem, hogy rajtam a betegségem gyógykezeléséhez szükséges vizsgálatokat és beavatkozásokat elvégezzék. Beleegyezésemet minden kényszer nélkül adom.

Hozzájárulok a gyógykezelésem érdekében szükséges anyagok, gyógyszerek, kábítószeres beadásához és tudomásul veszem, hogy ezeknek is vannak kockázatai. Tudatában vagyok, a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében döntési jogom van, beleegyezésemet bármikor visszavonhatom, valamint tájékoztatást követően jogom van további kérdésre.

Felvilágosítottak és tudomásul veszem, hogy e beleegyezés nem foglalja magába a kezelésemhez (adott esetben szükséges) invazív beavatkozásokat.

Amennyiben ezekre szükség van, előzetes felvilágosítás nyomán adott hozzájárulásomat e célra szolgáló dokumentációban teszem meg. Tudomásul veszem, hogy a szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, melyek a várható gyógyeredmény gyógytartalmát kedvezőtlenül befolyásolják. Tudomásul veszem, hogy jogom van a jelen és a későbbiekben felajánlott kezelésektől bármelyikének elutasítására.

Kijelentem, hogy állapotomról, további betegségeimről kezelőorvosomnak minden szükséges felvilágosítást megadtam. Kijelentem, hogy az aktuális ellátással kapcsolatos napi fizetési kötelezettségemről, ill. annak teljesítési módjáról tájékoztatást kaptam.

.....

kezelőorvos aláírása

.....

beteg aláírása