

Általános beleegyező nyilatkozat

A páciens neve:.....
Születési ideje:.....
TAJ száma:.....
Anyja neve:.....
Lakcíme:.....

Ezen nyilatkozat alapján kijelentem, hogy háziorvosi egészségügyi ellátásomatpraxisában kívánom igénybe venni.

Hozzájárulok, hogy állapotom tisztázásához és gyógykezelésemhez szükséges diagnosztikus és terápiás eljárásokat orvosi vizsgálat (vérvétel, gyógyszeres kezelés, injekció) az orvosi szempontból csekély kockázatú, külön beleegyezést nem igénylő vizsgálatok és beavatkozások (katéter befixálása, ujjal történő végbélvizsgálat) érdekeimnek megfelelően elvégezzék.

Tanúsítom, hogy a praxisba történő felvételemkor az alábbiakban felsoroltakról kellő mértékben felvilágosítást kaptam:

- A praxis szolgáltatásai, elérhetősége. Az erre vonatkozó írásos tájékoztatót átvettem.
- A praxis munkarendje, melyet megismertem és elfogadok.

Amennyiben egészségi állapotom megkívánja, beleegyzem, hogy háziorvosom:

- További vizsgálatok, gyógykezelés céljából más egészségügyi szolgáltatóhoz utaljon,
- Más egészségügyi szolgáltatótól kapott leleteimbe betekintsen, azokat egészségügyi dokumentációmba bejegyezze,
- Részemre a szükséges gyógyszereket, gyógyhatású szereket elrendelje.

Tudomásul veszem, hogy gyógykezelésem ideje alatt csak a háziorvosom által előírt, illetve jóváhagyott gyógyszerkészítményeket szedhetem. Az általam rendszeresen szedett gyógyszerkészítményekről háziorvosomat tájékoztatom.

Hozzájárulok, hogy háziorvosom jóváhagyásával dokumentációmba betekintést nyerhessenek a praxisban gyakorlatot teljesítő orvostanhallgatók és szakdolgozók.

Tanúsítom, hogy a szükséges tájékoztatást megértettem, ezzel kapcsolatban további kérdésem nincs. Tudomásul veszem, hogy a vizsgálattal, a gyógykezeléssel, vagy visszautasításával kapcsolatban szabadon dönthetek, kivéve a kezelőorvosom által életmentő beavatkozásnak ítélt eljárásokat, tiltakozásomat valamely beavatkozással kapcsolatban, az erre a célra szolgáló formanyomtatványon („Nyilatkozat a kezelőorvos által javasolt beavatkozás visszautasításáról”) aláírással hitelesítem. A vizsgálat a gyógy mód visszautasításából származó egészségi állapotromlásom miatt a felelősséget vállalom.

Tájékoztatási rendelkezéseim (hozzátartozó, biztosító, munkáltató, ügyvéd, stb. részére)

a.) a betegségről csak a kezelésben résztvevő szakemberek tájékoztathatók

b.) a fentiekén kívül információt csak az alábbi személyek kaphatnak:

- teljeskörű információt kaphat:
- korlátozott információ kaphat:.....

A korlátozott információ lényegi tartalma csak az lehet, hogy.....
.....

Fenti rendelkezéseim és tájékozott beleegyezésem vonatkozik a házi orvosom távolléte esetén őt helyettesítő orvosra is.

Jóváhagyom, hogy az ellátásomban résztvevő szakdolgozók megbízását, dokumentációmba történő betekintési jogát házi orvosom határozza meg.

Jelen döntéseimet minden kényszertől mentesen akkor hoztam, amikor az összes kérdésemre személyre szabottan választ kaptam, és azokat megértettem. Elismerem, hogy a tájékozott beleegyezésemhez minden szükséges, általam értett információt megkaptam, és annak átgondolásához elegendő idő állt rendelkezésemre.

.....
a beteg olvasható aláírása

.....
a törvényes képviselő/a beteget képviselő
családtag olvasható aláírása

.....
személyi igazolvány száma

.....
lakcíme

.....
házi orvos orvos aláírása

200.....