



**Telefonszám:** (06 1) 391-  
1900

**Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet**

1121 Budapest, Szanatórium utca 19.

[www.rehabint.hu](http://www.rehabint.hu)

**Szervezeti egységneve**  
azonosítója

**Páciens neve:**

Születéskori név:

Szül. hely, dátum:

Anyja neve:

**TAJ:**

Törzsszám:

Felvétel dátuma:

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

### 1. AZ EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYBE VALÓ FELVÉTELEL, ILLETVE AZ OTT TÖRTÉNŐ ELLÁTÁSSAL KAPCSOLATOS TUDNIVALÓK

Alulírott ..... (név) kijelentem, hogy egészségi állapotommal kapcsolatos egészségügyi ellátásokhoz hozzájárulok. Egyúttal hozzájárulok azon beavatkozásokhoz, melyek az esetleg fellépő súlyos, vagy maradandó károsodáshoz vezető szövődmények elhárítása érdekében kényszerhelyzetben adódhatnak.

Kezelőorvosom, orvos neve: ..... (pecsét száma: .....) személyes megbeszélés alkalmával részletesen és személyre szabottan tájékoztatott:

- egészségi állapotomról, beleértve annak orvosi megítélését is,
- a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról,
- a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről, kockázatairól,
- a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjairól,
- döntési jogomról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében,
- a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről,
- az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről.

Jelen beleegyző nyilatkozathoz tartozó szóbeli és írásbeli tájékoztatást megértettem és tudomásul vettem. A magyarázatokat megértettem, az ezzel kapcsolatos kérdéseimre megfelelő válaszokat kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre, hogy szabadon eldöntsem, melyikvizsgálatot, beavatkozást válasszam.

Tudomásom van arról, hogy az ellátás bármelyik fázisában további kérdéseket feltehetek és lehetőségem van beleegyezésem visszavonására. Tájékoztatást kaptam arról, hogy az ellátásom során megismerhetem az ellátásomban közvetlenül közreműködő személyek nevét, beosztását.

### 2. OKTATÁS-KÉPZÉS

Tudomásul veszem, hogy az egészségügyi ellátás során egészségügyi oktatási intézmény hallgatói az ellátásomban részt vehetnek, az ellátásom során jelen lehetnek.

Mivel az engem ellátó intézmény oktató- és kutató kórház, így a betegellátás adatai oktató- és tudományos célra is felhasználhatók az adatvédelmi szabályok betartásával. Az adatok ilyen felhasználása statisztikák készítését, esettanulmányokat jelent, amelyekben a beteg nem felismerhető.

Amennyiben képet vagy videofelvételt szeretnének rólam készíteni, ahhoz beleegyezésemet külön kell kérni.

### **3. SZEMÉLYISÉGI JOGOK**

Tudomásul veszem, hogy a személyiségi- és betegjogok védelme érdekében az érintett személy kifejezett írásos hozzájárulása szükséges az Intézet területén személyekről történő képmás, vagy hangfelvétel készítéséhez, képmás vagy hangfelvétel bármilyen formában történő nyilvánosságra hozatalához, valamint azok felhasználásához. Tudomásul veszem, hogy fentiek megsértéséből eredő károkért az Intézet felelősséget nem vállal.

Megértettem és elfogadom továbbá, hogy a betegellátás biztonságához fűződő közbizalom, valamint az Intézet jóhírnevének megőrzése érdekében az Intézet területén észlelt esetleges tárgyi hiányosságokat, annak mielőbbi kezelése érdekében elsődlegesen a főigazgatói titkárságon személyesen vagy levélben (1121 Budapest, Szanatórium utca 19., oorifoig@rehabint.hu) kell jelezni. Tudomásul veszem, hogy amennyiben az Intézet területén készített felvételek felhasználása sérti az Intézet jó hírnevét, az Intézet megteszi a szükséges jogi lépéseket.

### **4. HOZZÁTARTOZÓK TÁJÉKOZTATÁSA**

A beteg állapotáról, betegség természetéről és a várható eredményről kezelőorvosaim bármely hozzátartozóimon kívül, az alábbi személyeknek adhatnak még tájékoztatást:

Nem adhatnak tájékoztatást a következő személyeknek:

### **5. ORVOSI LABORATÓRIUMI DIAGNOSZTIKAI LELET ELEKTRONIKUS ÚTON TÖRTÉNŐ TOVÁBBÍTÁSA**

A jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok, hogy az intézeti kezelésem során keletkezett orvosi laboratóriumi vagy egyéb leleteimet a diagnosztizálást végző külső partner elektronikus úton (Pdf formátumban, csatolt file-ként, email útján) megküldheti kezelőorvosomnak vagy az Intézet Központi Laboratóriuma részére. Ez a tevékenység a kezelésem érdekében történik.

### **6. MÁS INTÉZET ELLÁTÁSÁNAK IGÉNYBEVÉTELE**

Tudomásul veszem, hogy kórházi kezelésem ideje alatt kezelőorvosom ill. az osztályvezető főorvos tudta és beleegyezése nélkül nem vehetem igénybe más egészségügyi intézmény szolgáltatását (családorvos, szakrendelő stb.), beleértve a korábban előjegyzett vizsgálatot is, és hozzátartozóm sem írathat fel gyógyszert, segédeszközt, illetve kötszert számomra, valamint labor vizsgálatot sem végezhetnek más intézményben az én TAJ számomra, adaptációs szabadság alatt sem. Ezen kötelezettség megszegéséből az Intézetnek okozott kárt köteles vagyok megtéríteni, melynek behajtása érdekében az Intézet a szükséges jogi lépéseket foganatosíthatja velem szemben.

### **7. NYILATKOZAT DOHÁNYZÁSI TILALOM TUDOMÁSUL VÉTELÉRŐL**

Az 1999. évi XLII. törvény rendelkezései alapján Intézetünk teljes területén csak a kijelölt helyeken lehet dohányozni. A kijelölt helyekről szóló részletes tájékoztatást az Intézet honlapján és az információs pultnál, valamint valamennyi fekvőbeteg ellátó osztályon megtekintheti. A jelen nyilatkozat aláírásával tudomásul veszem a tájékoztatást arról, hogy a törvény által szabályozott dohányzási tilalmak általam történő megszegésével az Intézetnek okozott kárt

köteles vagyok megtéríteni, melynek behajtása érdekében az Intézet a szükséges jogi lépéseket fogantatosíthatja velem szemben.

Budapest, felvétel dátuma

.....  
kezelőorvos aláírása

.....  
beteg/hozzátartozó/törvényes képviselő aláírása

Megjegyzés:

.....  
.....

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképes kiskorú, illetve a cselekvőképességében bármely ügycsoport tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a törvényes képviselő adatai:

név:.....lakcíme:.....elérhetősége:.....