



Általános beteg-beleegyező nyilatkozat

I. RÉSZ - FELVÉTELKOR

A beteg neve: Sz.ig. száma:

A beutalás indoka:

1. Alulírott kijelentem, hogy panaszaim miatt betegségem megállapítását és gyógyítását igénylem.
2. Részletes és érthető orvosi tájékoztatást kaptam tervezett kivizsgálásomról, az ennek során várhatóan szükséges vizsgálatokról.
3. A kockázattal nem járó, vagy csak minimális kockázattal járó vizsgálati eljárások (fizikális vizsgálat, vérvétel, EKG, ultrahang vizsgálat, hagyományos röntgen vizsgálatok, végbél gumiujjal történő vizsgálata,) elvégzéséhez hozzájárulok. Az eszközös beavatkozások és a nagyobb szövődmény gyakorisággal járó vizsgálatok elvégzéséhez a kezelőorvos által adott szóbeli és írásos részletes felvilágosítást követően minden esetben írásban kérik a hozzájárulásomat. (Tájékozott Beteg-Beleegyező Nyilatkozat)
4. A bevezetésre kerülő gyógykezeléshez hozzájárulok. Vállalom, hogy a gyógyszerellátás eredményessége érdekében a kezelőorvossal és munkatársaival együttműködöm az intézeti Házirendet betartom.
5. Az eredményes gyógykezelési tevékenység hatékonyságának elősegítése érdekében hozzájárulok személyes adataim, egészségügyi adataim kezeléséhez, továbbá ahhoz, hogy az általam igénybevevett közfinanszírozott egészségügyi ellátások adatait kezelőorvosom és az intézményi tartózkodásom alatt ellátásomban résztvevő más betegellátók megismerhetik az Országos Egészségbiztosítási Pénztár informatikai rendszerén keresztül. Kezelőorvosom tájékoztatott arról is, hogy jogomban áll – minden különös indoklás nélkül – ennek lehetőségét megtiltani.
6. Ellátásom biztonsága érdekében hozzájárulok a csukló-karszalag felhelyezéséhez.
7. Vállalom, hogy klinikai kezelésem során az orvostanhallgatók, egészségügyi szakképzésben résztvevő hallgatók oktatásához segítséget nyújtok.
8. Törvényes képviselőm/Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:
 - a) Betegségemről klinikai tartózkodásom során senkit ne tájékoztassanak
 - b) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztathatják:
.....
.....
 - c) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről csak az általam megjelölt, következő korlátozásokkal tájékoztathatják:
.....
 - d) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről kérésükre sem tájékoztathatják:
.....
9. A fentiek közül az alábbiakhoz nem járulok hozzá:
.....

10. Hozzájáruló nyilatkozatom bármely pontját, minden indoklás nélkül, a későbbiekben is visszavonhatom (ld. II. rész)

Budapest, 20.....

.....
kezelőorvos

.....
beteg (vagy törvényes képviselője)

II. RÉSZ

Csak a kezelés hozzájárulásának megtagadása esetén töltendő ki!

11. Kijelentem, hogy a következő vizsgáló, illetve kezelési eljárás(ok)hoz, annak (azoknak) szükségességéről, illetve a vizsgálat vagy kezelés elmaradásának következményeiről kapott részletes tájékoztatás ellenére sem járulok hozzá:

.....
.....
.....

Tudomásul veszem, hogy elutasításom következményeiért a felelősség reám hárul.

Budapest, 20.....

.....
kezelőorvos

.....
beteg (vagy törvényes képviselője)

III. RÉSZ - TÁVOZÁSKOR

12. A megfelelő rész aláhúzendó.

12/a. Távozásomkor klinikai kivizsgálásomról és kezelésemről zárójelentést kaptam és korábbi orvosi dokumentációimat hiánytalanul átvettem.

12/b. Távozásomkor zárójelentést nem kaptam, kezelőorvosom ígérete szerint azt órán belül postázzák címemre.

13. Betegségem természetéről, várható kimeneteléről és a javasolt életmódról szóban is kellő tájékoztatást kaptam. A javasolt gyógymód kockázatairól, lehetséges, gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre megfelelő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek további kezelésemről.

Budapest, 20.....

.....
kezelőorvos

.....
beteg (vagy törvényes képviselője)



ALTATÁSRA, HELYI ÉRZÉSTELENÍTÉSRE

VONATKOZÓ TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Tisztelt Betegünk!

☞ Szíveskedjék az alábbi tájékoztatót elolvasni, a mellékelt kérdőívet kitölteni, valamint a beleegyezési nyilatkozatot aláírni.

A műtétet megelőző napon alkalma lesz elbeszélgetni altató orvosával.

A fájdalmas vizsgálatokat és kezeléseket rendszerint érzéstelenítéssel végezzük. Az érzéstelenítésre, a létfontosságú funkciók, mindenekelőtt a légzés és a vérkeringés fenntartása az érzéstelenítést végző orvos (aneszteziológus) illetékes. Munkája a beavatkozást végző orvossal együttműködve az Ön biztonságát szolgálja.

Az érzéstelenítés különböző módszerekkel történhet.

1. Altatás (általános érzéstelenítés)

A fájdalommentesség az egész testre kiterjed és öntudatvesztéssel társul. Az alváshoz hasonló állapotba kerül, amit a műtét végéig fenntartunk.

Egy „előkészítő” injekció vagy tableta után az altatást általában vénás injekcióval kezdjük. Hosszabb műtétek esetén ezt az injekciót megismételjük, vagy altató gázokat adunk arcmaszk, illetve légcsőbe vezetett tubus segítségével. Ez utóbbit akkor végezzük, ha Ön már alszik. Ezzel a módszerrel közvetlenül a tüdőbe juttatjuk az oxigén és az altatógáz keverékét. A módszer biztonságos, mert így tökéletesen tudjuk biztosítani a lélegeztetést.

2. Helyi érzéstelenítés

A fájdalommentesség a test műtendő területére korlátozódik, öntudatvesztéssel nem párosul.

A kar fő idegtörzsének érzéstelenítése a felső végtag teljes érzéstelenségét okozza.

Spinális, vagy epidurális érzéstelenítésnél az alsó végtag, csípő és az alhas fájdalommentessége érhető el. Ennél a módszernél a gerincoszlop egy megadott pontján érzéstelenítőt fecskendezünk az érző idegek köré. Az injekció előtt a bőrt érzéstelenítjük, így a beavatkozás gyakorlatilag fájdalommentes.

Mindkét módszernek vannak előnyei és hátrányai, ezért mindig a tervezett műtét és az Ön általános állapota szempontjából legmegfelelőbbet javasoljuk.

Az érzéstelenítési eljárások veszélyei

Sajnos minden beavatkozás veszélyekkel, nem várt következményekkel járhat. Az altatással kapcsolatos súlyos szövődmények azonban még rossz általános állapotú betegeknél is ritkák. A modern altatás (általános érzéstelenítés), mely korszerű gyógyszerekkel, lélegeztető géppel is felszerelt altató gépekkel történik, lehetővé teszi, hogy a légzést, keringést és a többi szerv működését is biztonságosan fenntartsuk.

A szövődmények elkerülése érdekében a szervezet működését különféle készülékek segítségével (EKG. stb.) folyamatosan ellenőrizzük. A helyi érzéstelenítés egyes típusai kisebb megterhelést jelentenek a szervezetnek, az idegsérülések ritkák.

Kérjük, hogy a műtét előtt saját érdekében tartsa be a következőket:

Hat órával a műtét kezdete előtt ne egyen, ne igyon, ne dohányozzon!

Kivehető fogprotézisét, kontaktlencséjét távolítsa el.

Ékszereit vegye le, mossa le a fülörlakkot, szemfestéket.

Kérdezzen!

Ha bármit részletesebben szeretne tudni, bátran kérdezze meg altató orvosától a műtét előtti találkozáskor!



Kérjük, figyelmesen töltsse ki a mellékelt kérdőívet!

Mint minden orvosi beavatkozásnál, az anesztézia által okozott megterhelés és az azzal kapcsolatos rizikó az egyes esetek körülményeitől függ. Különösen a betegség fajtája és súlyossága, valamint a kísérőbetegségek, az általános állapot, az életkor és az Ön élet szokásai bírnak jelentőséggel.



A kérdések a rizikófaktorok felderítésére szolgálnak a lehető legnagyobb biztonság elérése érdekében.



Szíveskedjék az „egyéb említésreméltók” rovatban olyan körülményekre rámutatni, amelyek Önnek lényegesnek tűnnek.



Kérjük, szóljon a nővéreknek, ápolóknak, vagy az aneszteziológusnak, ha a kérdések megválaszolásához segítségre van szüksége.

KÉRDŐÍV

Életkora: év;

magassága: cm,

testsúlya: kg

1. Foglalkozása: _____

2. Állt-e az utóbbi időben orvosi kezelés alatt? igen nem

Milyen megbetegedések miatt?

3. Jelenleg terhes-e? igen nem

4. Kórházba utalása előtt szedett-e gyógyszert? igen nem

Melyeket? Említse meg a következőket is: (fájdalomcsillapító, altató, nyugtató, hashajtó, ovuláció-gátló, fogamzásgátló)

5. Előfordult-e valami említésre méltó korábbi műtét során altatással vagy helyi érzéstelenítéssel kapcsolatban?

igen nem

Mi volt ez?

Előfordult-e valami említésre méltó vérrokonainál anesztéziával kapcsolatban? igen nem

6. Kapott-e már valaha vérátömlesztést? igen nem

Adódott-e ennél komplikáció? igen nem

7. Izombetegségek és izomgyengeség? igen nem

8. Tüdő- és légúti megbetegedések: (pl. TBC, portüdő, tüdőgyulladás, tüdőfelfúvódás, asztma, krónikus bronchitis)?

igen nem

9. Májbetegségek? igen nem

11. Anyagcserebetegségek: (pl. cukorbetegség)? igen nem
12. Pajzsmirigybetegségek: (pl. golyva)? igen nem
13. Szembetegségek: (pl. zöldhályog)? igen nem
14. Idegi bántalmak: (pl. epilepszia, bénulások)? igen nem
15. Állt-e kezelés alatt kedélybetegség miatt (pl. depresszió)? igen nem
16. A vázrendszer megbetegedései
(pl. ízületi bántalmak, gerincoszlopkárosodás)? igen nem
17. A vér megbetegedései vagy véralvadási zavarok
(hajlam vérzésre, orrvérzésre)? igen nem
18. Allergiák (pl. szénanátha, túlérzékenység bizonyos táplálékkal, gyógyszerrel, ragtapasszal szemben)?
 igen nem

Melyek ezek? _____

19. Szenved-e valamilyen más, meg nem említett betegségben? igen nem

Melyekben? _____

20. Van-e fogpótlása? igen nem

Vannak-e meglazult fogai? igen nem

A fogak állapota (orvos tölti ki)

4 3 2 1

1 2 3 4

4 3 2 1

1 2 3 4

X=hiányzó fog

s=szanált fog

0=meglazult fog

Ns=nem szanált fogsor

--=protézis

21. Dohányzik-e rendszeresen? igen nem
22. Fogyaszt-e rendszeresen alkoholt? igen nem
23. Vannak-e megszokott gyógyszerei? igen nem
24. Használ-e hallókészüléket? igen nem

Egyéb említésreméltók: (pl. baleset, fel nem sorolt megbetegedések, munkahelyi körülmények)

Esetleges további kérdéseim az altató orvoshoz: _____

HOZZÁJÁRULÁS A MŰTÉTI ÉRZÉSTELENÍTÉSHEZ

- Dr. _____ altatóorvos a mai napon megbeszélte velem a műtétemhez/vizsgálatomhoz szükséges érzéstelenítési eljárást, a várható szövődményeket.
- Az érzéstelenítés lényegét megértettem és feltettem minden engem érdeklő kérdést, különösen a beavatkozás milyenségére, annak előnyeire és hátrányaira, az esetleges mellékbeavatkozásokra és kiegészítő kezelésekre (pl. mesterséges vérnyomáscsökkentés, infúziók, vérátömlesztés, ventrális vénakatóéter, utókezelés), valamint az ezzel kapcsolatos speciális veszélyekre vonatkozóan.

- Beleegyezem, hogy a tervezett **műtétet/beavatkozást altatásban/helyi érzéstelenítéssel** végezzék.

A megfelelő aláhúzendő!

- Hozzájárulok továbbá az előkészítő és kísérő aneszteziológia kezelésekhöz.
- Egyetértek a kezelések szükségesnek ítélt megváltoztatásával és kibővítésével, az esetleges vérátömlesztéssel.
- A beleegyezés esetleges korlátozására vonatkozó megjegyzés
(pl. bizonyos anesztéziai eljárással, vagy mellékbeavatkozással kapcsolatban).

Dátum | | | | _____ | | | |

az orvos aláírása

a beteg, illetve gondviselőjének aláírása

TUDNIVALÓK ÉS UTASÍTÁSOK AMBULÁNS BEAVATKOZÁSOK ESETÉN

- ⇒ Kérjük, hogy saját érdekében közölje az orvossal, ha a beavatkozást megelőző 6 órán belül ételt vagy italt fogyasztott.
- ⇒ Az anesztéziát követően járóbeteg nem ajánlatos az utcán egyedül közlekedni. Hozzá tartozói kíséretében, vagy taxival térjen haza. Az utóhatása miatt leghamarabb csak 24 óra elteltével vehet részt aktívan az utcai forgalomban, dolgozhat gépen, fogyaszthat alkoholt, tanácsos megállapodást kötnie.

- Igazolom, hogy a tudnivalókat tudomásul vettem.

Dátum: 20 | | | | _____ | | | |

az orvos aláírása

a beteg, illetve gondviselőjének aláírása

SEMMEIWEIS EGYETEM

Fogorvostudományi Kar

Arc-Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika

Igazgató: Dr. Németh Zsolt med. habil. egy. docens

Tel.: 266-0457, Fax: 266-0456



MŰTÉTI BELEEGYZÉS

Név:

Dg.:

Tervezett műtét:

A műtét következményei:

.....

.....

Lehetséges szövődmények:

.....

.....

További kérdésem:

van

nincs

.....

.....

A szükséges műtéti beavatkozás természetéről illetve esetleges következményeiről nyert felvilágosítás alapján beleegyezem, hogy azt rajtam vagy gondozottamon elvégezzék.

a műtétet végző orvos aláírása

a beteg aláírása



SEMMELWEIS EGYETEM

Fogorvostudományi Kar

Arc-Állcsont-Szájsebészeti és Fogászati Klinika

Igazgató:

Dr. med. habil. PhD. Németh Zsolt

Egynapos ellátás ápolási dokumentáció

				Diagnózis:			
				Osztály:			
				Fekvő osztály <input type="checkbox"/>	Rehabilitációs o. <input type="checkbox"/>		
				Kórterem, ágy:			
Felvevő ápoló:				Műtét után		óra, perc	érték
Műtét előtt		óra perc	érték	Műtőből érkezik:			
Vitalis paraméterek:				Vitalis paraméterek:			
- Vérnyomás:				- Vérnyomás:			
- Pulzus:				- Pulzus:			
- Testhőmérséklet				- Testhőmérséklet:			
- Légzés:				- Légzés:			
Vénabiztosítás, branül:		G20 safety <input type="checkbox"/>		Orvos által rendelt fájdalomcsillapító:			
jobb kar <input type="checkbox"/>				Per orális folyadék fogyasztás:			
bal kar <input type="checkbox"/>							
Premedikáció:				spontán vizelet ürítés			
Műtőbe szállítás:				Szövődményre utaló tünetet:			
				Nincs: <input type="checkbox"/>			
				Van: <input type="checkbox"/>			
				Branül eltávolítás:			
Ellátása során alap és szakápolásban részesült, műtét után folyadékot fogyasztott, hányingere nincs, vitalis paraméterek normál tartományban, a műtési területen szövődményre utaló jel nincs, vizeletet ürített, kielégítő általános állapot.							
				Távozás dátum, óra, perc:			
				Elbocsájtó ápoló:			

Nyilatkozat

Kedves Betegünk, hozzátartozó!

Tájékoztatjuk, hogy klinikánkon betegazonosító rendszer működik, melynek célja, hogy az ellátás során segítse az egészségügyi dolgozókat a betegazonosításban és ezzel klinikáinkon fokozza az Ön biztonságát.

Az azonosítás módszere:

egy **csuklóra rögzített szalag**, amelynek **külső oldalán** az Ön neve és törzsszáma szerepel.

A betegazonosító rendszer használata: tájékoztatása után **KÉRHETI** a csuklószalag alkalmazását, amelyet aláírásával igazol. Az ellátás során Önt a szóbeli azonosítás mellett a csuklószalag adataival is azonosítjuk (pl. műtétnél). Ön dönthet úgy is, hogy **NEM KÉRI** a csuklószalag felhelyezését, azonban kérjük, hogy ebben az esetben is írja alá a nyilatkozatát. A klinikáinkon tartózkodó betegeink személyes adatainak kezelése az Adatvédelmi Törvény előírásainak megfelelően történik.

A fenti tájékoztatást megérttem és ennek tudatában:

<p>A karszalag alkalmazását</p> <p>KÉREM</p> <p>.....</p> <p>beteg/törvényes képviselő aláírása</p>	<p>A karszalag alkalmazását</p> <p>NEM KÉREM</p> <p>de tudomásul veszem a rendkívüli alkalmazását</p> <p>.....</p> <p>beteg/törvényes képviselő aláírása</p>
---	--

A betegazonosítót felhelyező (elrendelő) aláírása:.....

Alulírott nyilatkozom arról, hogy a Semmelweis Egyetem Arc- Állesont- Szájsebészeti és Fogászati Klinikára való felvételemkor, felhívták a figyelmemet az értékeim térítésmentes letétbehelyezésének lehetőségére.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben a letétbehelyezés lehetőségét nem kérem, úgy az intézmény az értékeimben bekövetkező bármilyen hiány, vagy kár keletkezéséért nem felel.

<p>A letétbehelyezést</p> <p>KÉREM</p> <p>.....</p> <p>beteg/törvényes képviselő aláírása</p>	<p>A letétbehelyezést</p> <p>NEM KÉREM</p> <p>.....</p> <p>beteg/törvényes képviselő aláírása</p>
---	---

A tervezett gyógyító-megelőző ellátásom során felmerülő ápolási tevékenységek elvégzésébe beleegyezem.

.....

beteg/törvényes képviselő aláírása

Nyilatkozatok kitöltésének dátuma:.....

A felvételt végző ápoló aláírása:.....

Ellenőrző ápoló aláírása:.....