

LUMNICZER SÁNDOR KÓRHÁZ-RENDELŐINTÉZET		H-9330 Kapuvár, Dr. Lumniczer Sándor u. 10.
Szervezeti egység azonosítása: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5		Úrlap megnevezése Általános betegtájékoztató
		A betegellátás folyamatának szabályozása MB-ELU 409 A. DOK.1

A mai napon a LUMNICZER SÁNDOR KÓRHÁZ-RENDELŐINTÉZET

Krónikus.Belgyógyászat osztályon..... mint beteg, megjelentem.

Az érvényben lévő 1997.évi CLIV Egészségügyi Törvény szerint

JOGOM VAN:

- a betegséggel kapcsolatos felvilágosítást érhető formában megkapni,
- az egészségügyi dokumentációba betekinteni, költségemre másolatot kapni,
- a betegség kezelésének elmaradása esetén bekövetkező kockázatokról felvilágosítást kapni,
- a kezelés / vizsgálat bármikor történő megszakítására.

Amennyiben ezt indokolatlanul teszem, a felmerült költségek megtérítésére kötelezhető vagyok. (1997.évi CLIV törvény 15.§ (6).bek)

“A beteg a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezését bármikor visszavonhatja. A beleegyezés alapos ok nélküli visszavonása esetén azonban kötelezhető az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.”

KÖTELEZETTSÉGEIM:

“26.§ (1) A beteg az egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor köteles tiszteletben tartani az erre vonatkozó jogszabályokat és intézményi rendet.

(2) A beteg - amennyiben ezt egészségi állapota lehetővé teszi - köteles az ellátásában közreműködő egészségügyi dolgozókkal képességei és ismeretei szerint az alábbiak szerint együttműködni:

- a) tájékoztatni őket mindarról, amely szükséges a kórisme megállapításához, a megfelelő kezelési terv elkészítéséhez és a beavatkozások elvégzéséhez, így különösen minden korábbi betegségről, gyógykezeléséről, gyógyszer vagy gyógyhatású készítmény szedéséről, egészségkárosító kockázati tényezőiről,
- b) tájékoztatni őket - saját betegségével összefüggésben - mindarról, amely mások életét vagy testi épségét veszélyeztetheti, így különösen a fertőző betegségekről és a foglalkozás végzését kizáró megbetegedésekről és állapotokról,
- c) a népjóléti miniszter rendeletében foglalt fertőző betegségek esetén megnevezni azon személyeket, akikről a fertőző betegséget megkaphatta, illetve akiket megfertőzhetett,
- d) tájékoztatni őket minden, az egészségügyi ellátást érintő, általa korábban tett jognyilatkozatáról,
- e) a gyógykezelésével kapcsolatban tőlük kapott rendelkezéseket betartani,
- f) az egészségügyi intézmény házirendjét betartani,
- g) a jogszabály által előírt térítési díjat megfizetni,
- h) jogszabályban előírt személyes adatait hitelt érdemlően igazolni.

27.§ (1) A beteg és hozzátartozói jogaik gyakorlása során kötelesek tiszteletben tartani más betegek jogait.

(2) A beteg és hozzátartozói jogainak gyakorlása nem sértheti az egészségügyi dolgozóknak törvényben foglalt jogait.

(3) A betegjogok gyakorlásának módját - e törvény keretei között - az intézmény házirendje szabályozza.”

A VIZSGÁLATBAN, KEZELÉSBEN RÉSZTVEVŐ SZEMÉLY NYILATKOZATA

Fenti jogaimról és kötelezettségeimről megfelelő tájékoztatást kaptam.

A betegségem lényegéről, a szükséges vizsgálatok lefolyásáról, menetéről megfelelő ismereteket szereztem. A kivizsgálás, kezelés elmaradása esetén várható egészségromlás lehetőségéről ismerttetést kaptam.

A szükséges gyógyszerek esetleges mellékhatásairól, más készítményekkel való együttes alkalmazásáról megfelelő tájékoztatást kaptam. A nem várt és az esetleg várható komplikációk esetén követhető eljárásról, a szükséges kontrolokról felvilágosítást nyertem.

Megszerzett ismereteim alapján saját akaratomból döntöttem a javasolt vizsgálatok, kezelések, gyógyszeres terápia igénybevételéről és a tájékoztatás megtörténtét a MB-ELU 409A DOK.2. jelű dokumentumban aláírással igazolom.

Amennyiben a szükséges vizsgálat, beavatkozás invazív, részemre nem elhanyagolható kockázatot (ka)t tartalmaz, a végzendő vizsgálatról, beavatkozásról kapott, megfelelő színvonalú, számomra érhető tájékoztatás megtörténtét az MB-ELU 409A DOK.2. jellel azonosított dokumentumban aláírással igazolom, amely a szóban forgó kezelésbe, vizsgálatba történő beleegyezésemet is jelenti.

LUMNICZER SÁNDOR KÓRHÁZ-RENDELŐINTÉZET		H-9330 Kapuvár, Dr. Lumniczer Sándor u. 10.
Szervezeti egység azonosítása: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5		Úrlap megnevezése Általános betegtájékoztató A betegellátás folyamatának szabályozása MB-ELU 409 A. DOK.1

“Invazív beavatkozás: a beteg testébe bőrön, nyálkahártyán vagy testnyíláson keresztül behatoló fizikai beavatkozás, ide nem értve a beteg számára szakmai szempontból elhanyagolható kockázatot jelentő beavatkozásokat.”

A beteg tájékoztatása az 1997. évi CLIV törvény II. fejezet 2. Cím és 3. Cím alatt található törvényi előírások alapján történt, amely törvény idevonatkozó része a szakrendelő bejáratánál és a vetkőzben mindenki részére hozzáférhető.

Jóváhagyta:	
Szakrendelést vezető orvos <input type="checkbox"/>	Osztályvezető főorvos <input type="checkbox"/>

Beleegyező nyilatkozat

mely a 60/2003. (X.20.) ESzCsM rendelet 4. számú melléklete alapján betegfelvételnél készült.

Beteg adatok:

Családi és utónév..... Születési név.....
Anyja neve... .. Lakóhely.....
Születési hely, idő..... TAJ szám:

Értesítési cím/hozzá tartozó/Gyám/.....

Intézményi adatok:

Kórterem/ágyszám Felvétel ideje,módja.....

Felnevő ápoló neve:..... Ápolásvezető aláírása:.....

Alulírott, teljes felelősségem tudatában, szabad akaratomból kijelentem, hogy

..... **kezelőorvos** felvilágosított betegségemről, ennek ismeretében

elfogadom a javasolt gyógymódot, és bent fekvésem alatti ápolási beavatkozásokat, műveleteket.

Az osztály területét engedély nélkül nem hagyom el. Kimenőre a az osztályvezető főorvos engedélyével, a szükséges ismeretek birtokában, saját felelősségemre távozok, bármi történik, a Krónikus Belgyógyászatra visszajövök.

Betartom a házirendet, a dohányzási tilalmat az intézmény egész területén.

Elfogadom az azonosító karszalag viselését. Jogaimról, kötelezettségeimről, házirendről tájékoztatást kaptam.

Betegjogi képviselőm: Farkas M. Mariann **Fogadóórója:** minden hó első szerda, 13-15-ig

.....

aláírás/kezeltbeteg, törvényes képviselő, hozzátartozó

.....

aláírás/ tanú1. felnevő ápoló

.....

aláírás/tanú 2. hozzátartozó/kísérő

Kapuvár, 2020.

LUMNICZER SÁNDOR KÓRHÁZ-RENDELŐINTÉZET		H-9330 Kapuvár, Dr. Lumniczer Sándor u. 10.
Szervezeti egység azonosítása: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5	Úrlap megnevezése Általános betegtájékoztató	A betegellátás folyamatának szabályozása MB-ELU 409 A. DOK.1

A mai napon a LUMNICZER SÁNDOR KÓRHÁZ-RENDELŐINTÉZET ...**NAPPALI...KÓRHÁZ**..... szakrendelésén, mint beteg, megjelentem. Az érvényben lévő 1997.évi CLIV Egészségügyi Törvény szerint

JOGOM VAN:

- a betegséggel kapcsolatos felvilágosítást érthető formában megkapni,
 - az egészségügyi dokumentációba betekinteni, költségemre másolatot kapni,
 - a betegség kezelésének elmaradása esetén bekövetkező kockázatokról felvilágosítást kapni,
 - a kezelés / vizsgálat bármikor történő megszakítására.
- Amennyiben ezt indokolatlanul teszem, a felmerült költségek megtérítésére kötelezhető vagyok. (1997.évi CLIV törvény 15.§ (6).bek)**

“A beteg a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezését bármikor visszavonhatja. A beleegyezés alapos ok nélküli visszavonása esetén azonban kötelezhető az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.”

KÖTELEZETTSÉGEIM:

“26.§ (1) A beteg az egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor köteles tiszteletben tartani az erre vonatkozó jogszabályokat és intézményi rendet.

(2) A beteg - amennyiben ezt egészségi állapota lehetővé teszi - köteles az ellátásában közreműködő egészségügyi dolgozókkal képességei és ismeretei szerint az alábbiak szerint együttműködni:

- a) tájékoztatni őket mindarról, amely szükséges a kórisme megállapításához, a megfelelő kezelési terv elkészítéséhez és a beavatkozások elvégzéséhez, így különösen minden korábbi betegségről, gyógykezeléséről, gyógyszer vagy gyógyhatású készítmény szedéséről, egészségkárosító kockázati tényezőiről,
- b) tájékoztatni őket - saját betegségével összefüggésben - mindarról, amely mások életét vagy testi épségét veszélyeztetheti, így különösen a fertőző betegségekről és a foglalkozás végzését kizáró megbetegedésekről és állapotokról,
- c) a népjóléti miniszter rendeletében foglalt fertőző betegségek esetén megnevezni azon személyeket, akikről a fertőző betegséget megkaphatta, illetve akiket megfertőzhetett,
- d) tájékoztatni őket minden, az egészségügyi ellátást érintő, általa korábban tett jognyilatkozatáról,
- e) a gyógykezelésével kapcsolatban tőlük kapott rendelkezéseket betartani,
- f) az egészségügyi intézmény házirendjét betartani,
- g) a jogszabály által előírt térítési díjat megfizetni,
- h) jogszabályban előírt személyes adatait hitelt érdemlően igazolni.

27.§ (1) A beteg és hozzátartozói jogaik gyakorlása során kötelesek tiszteletben tartani más betegek jogait.

(2) A beteg és hozzátartozói jogainak gyakorlása nem sértheti az egészségügyi dolgozóknak törvényben foglalt jogait.

(3) A betegjogok gyakorlásának módját - e törvény keretei között - az intézmény házirendje szabályozza.”

A VIZSGÁLATBAN, KEZELÉSBEN RÉSZTVEVŐ SZEMÉLY NYILATKOZATA

Fenti jogaimról és kötelezettségeimről megfelelő tájékoztatást kaptam.

A betegségem lényegéről, a szükséges vizsgálatok lefolyásáról, menetéről megfelelő ismereteket szereztem. A kivizsgálás, kezelés elmaradása esetén várható egészségromlás lehetőségéről ismeretést kaptam.

A szükséges gyógyszerek esetleges mellékhatásairól, más készítményekkel való együttes alkalmazásáról megfelelő tájékoztatást kaptam. A nem várt és az esetleg várható komplikációk esetén követhető eljárásról, a szükséges kontrolokról felvilágosítást nyertem.

Megszerzett ismereteim alapján saját akaratomból döntöttem a javasolt vizsgálatok, kezelések, gyógyszeres terápia igénybevételéről és a tájékoztatás megtörténtét a MB-ELU 409A DOK.2. jelű dokumentumban aláírással igazolom.

Amennyiben a szükséges vizsgálat, beavatkozás Invazív, részemre nem elhanyagolható kockázatot tartalmaz, a végzendő vizsgálatról, beavatkozásról kapott, megfelelő színvonalú, számomra érthető tájékoztatás megtörténtét az MB-ELU 409A DOK.2. jellel azonosított dokumentumban aláírással igazolom, amely a szóban forgó kezelésbe, vizsgálatba történő beleegyezésemet is jelenti.

LUMNICZER SÁNDOR KÓRHÁZ-RENDELŐINTÉZET		H-9330 Kapuvár, Dr. Lumniczer Sándor u. 10.
Szervezeti egység azonosítása: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5		Úrlap megnevezése Általános betegtájékoztató
		A betegellátás folyamatának szabályozása MB-ELU 409 A. DOK.1

“Invazív beavatkozás: a beteg testébe bőrön, nyálkahártyán vagy testnyíláson keresztül behatoló fizikai beavatkozás, ide nem értve a beteg számára szakmai szempontból elhanyagolható kockázatot jelentő beavatkozásokat.”

A beteg tájékoztatása az 1997. évi CLIV törvény II. fejezet 2. Cím és 3. Cím alatt található törvényi előírások alapján történt, amely törvény idevonatkozó része a szakrendelő bejáratánál és a vetkőzben mindenki részére hozzáférhető.

Jóváhagyta:	
Szakrendelést vezető orvos <input type="checkbox"/>	Ostályvezető főorvos <input type="checkbox"/>



LUMNICZER SÁNDOR KÓRHÁZ-RENDELŐINTÉZET

9330. Kapuvár, dr.Lumnitzer Sándor u.10. Pf.34.

Tel.:96/596-500 Fax: 96/242-224

E-mail: titkarsag@lumniczerkorhaz.hu



„ÉRBETEGEK MEKKÁJA: KAPUVÁR ®”

Nappali Kórház

Dok. 15.

1.3.5.

Sorszám:

Beteg neve:
Születési név.....
Anyja neve:
Születési hely, idő:
Lakhelye:
TAJ száma:
Állampolgársága:

Beküldő
Diagnózis:.....,
Előírt terápia:.....
.....
.....
Tartama:/nap/.....

Értéktárgyak megőrzését nem veszi igénybe.

Gyógyszerei:.....
.....
.....

Diéta:.....

Felvétel ideje:
Beküldő orvos neve:
.....
Beküldő rendelő.....
Távozás időpontja:
Legközelebbi hozzátartozó neve:.....
.....
Elérhetőség:.....

Elszámolás kell: igen nem

Beleegyező nyilatkozat:

Alulírott, a számomra előírt kezelés hatásairól, várható mellékhatásokról a kezelőorvosom felvilágosított, melyet elfogadtam, és tudomásul vettem.

Házirendet és a nappali kórház rendjét betartom.

.....
beteg aláírása

.....
ápoló aláírása

Kapuvár, 2020,.....

Tisztelt Látogatók!

A COVID-19 vírus járványhelyzettel összefüggésben kérem a fekvőbeteg osztályok területén az alábbi látogatási szabályok szigorú betartását:

- **Beteget látogatni valamennyi fekvőbeteg osztályon kizárólag 15:00-16:30 időintervallumban lehet!**
- **A fekvőbeteg osztályok területén a maszk viselése mindenki számára kötelező!**
- **Egy kórteremben egy beteget egy időben kizárólag egy személy látogathat! Amennyiben egy beteghez több hozzátartozó/látogató érkezik, kérjük váltsák egymást! Ez idő alatt a várakozók az osztály előterében, vagy az udvaron tartózkodhatnak.**
- **Kérjük a távolságtartásra vonatkozó szabályok betartását a látogatók körében is!**
- **A látogatók kizárólag a látogatni kívánt személy kórtermében tartózkodhatnak, más kórterembe nem léphetnek be!**
- **A fekvőbeteg osztályokon kizárólag 14 éven felüli személyek tartózkodhatnak!**
- **A Krónikus Belgyógyászati Osztály betegei kimenőre nem távozhatnak el, tekintettel a betegségekre való fokozott veszélyeztetettségükre.**

Kérem a fentiek betartását!

Kapuvár, 2020.08.13.