

MOZGÁSSZERVERI REHABILITÁCIÓS OSZTÁLY

Általános beleegyező nyilatkozat (felvételtkor)

A beteg neve:

TAJ száma:

1. Alulírott beleegyezésemet és hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a rehabilitációs kezelést rajtam az egészségügyi személyzet elvégezze.
2. Részletes és érthető orvosi tájékoztatást kaptam tervezett rehabilitációs tervről, az ennek során várhatóan szükséges vizsgálatokról, kezelésekről. A kockázattal nem járó, vagy csak minimális kockázattal járó vizsgálati eljárások, kezelések (fizikális vizsgálat, gyógytorna, fizikoterápia, masszázs, vérvétel, mikrobiológiai laboratóriumi vizsgálatok, EKG, ultrahang vizsgálat, hagyományos rtg vizsgálatok) elvégzéséhez hozzájárulok. Az invazív beavatkozások elvégzéséhez a kezelőorvos által adott szóbeli és írásos részletes felvilágosítást követően minden esetben írásban kérik hozzájárulásomat.
3. Beleegyezem, a szükségesnek tartott gyógyszerek, infúziók és más, a kezelés során szükségessé váló anyagok beadásába. Vállalom, hogy a gyógyszerellátás eredményessége érdekében a kezelőorvossal és a munkatársaival együttműködöm.
4. Beleegyezem, hogy a kezelésem amennyiben szükséges az ágyban történő mozgásom biztonságossá tétele érdekében egyik oldalon ágyrács legyen a szükséges ideig.
5. Tudomásom van arról, hogy az intézetben egészségügyi személyzet (orvostanhallgatók, egészségügyi szakdolgozók) képzése is folyik, akiket orvosi titoktartás kötelez.
6. Beleegyezem, hogy a rehabilitáció során fénykép vagy videó felvételek készüljenek, azzal a kikötéssel, hogy azokon személyen nem válik felismerhetővé (megfelelő rész jelölendő)

igen**nem**
7. Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem: (megfelelő rész jelölendő)
 - a) Betegségemről kórházi 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:
.....
.....
8. A jelen nyilatkozat aláírásával elismerem, hogy a rehabilitációs kezeléssel kapcsolatban minden szükséges felvilágosítást és tájékoztatást megkaptam. A felmerült kérdéseimre a kezelést irányító orvos válaszolt.

Győr,

.....
A kezelőorvos aláírása

.....
beteg(vagy törvényes képviselő) aláírása