

## FELVILÁGOSÍTÓ NYOMTATVÁNY ÉS BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT

### Tisztelt Hozzá tartozó/Beteg!

Ezen az osztályon heveny betegség, vagy hevennyé vált idült betegség miatt az élet - halál mezsgyéjére került, vagy afelé sodródó betegek kezelése folyik. E kezelés célja, hogy legjobb tudásunk szerint, minden rendelkezésünkre álló eszköz segítségével visszafordíthatatlanná váló kórfolyamatok kialakulását megakadályozzuk.

Mely betegségek vezethetnek ilyen állapot kialakulásához és az Ön / Önök hozzátartozója mely betegségben / betegségekben szenved?

#### Szív és keringés:

1. Szívkoszorúér elzáródás
2. Szabálytalan szív működés
3. Szívelégtelenség
4. Szívizomgyulladás/elfajulás
5. Magasvérnyomás-betegség
6. Szív és légzési elégtelenség

#### Tüdő és mellkas:

1. Légzési elégtelenség
2. Tüdőgyulladás
3. Tüdő asthma
4. Tüdőtágulat
5. Tüdőérrögösödés (tüdőembolia)
6. Légmell
7. Mellkasi vízgyülem
8. Mellkasi vérgyülem
9. Sorozat és / vagy ablakos bordatörés
10. Tüdőzúzódás
11. Tüdőtályog

#### Vese és vizelet:

1. Heveny veseelégtelenség
2. Idült veseelégtelenség
3. Vizeletürítési képtelenség

#### Post.op., hasüreg, anyagcsere és egyéb:

1. Nagy mennyiségű vérvesztés (shock)
2. Nagy mennyiségű folyadékvesztés
3. Alultápláltság
4. Idült, sorvasztó betegség (tumor)
5. Cukoranyagcsere zavar
6. Heveny hasnyálmirigy-gyulladás
7. Hashártyagyulladás
8. Gyomor kilukadás
9. Vérhányás
10. Hasüregi vérzés
11. Hasüregi gennyedés (tályog)
12. Gennyvérűség (Sepsis)
13. Nagy kiterjedésű műtét
14. Elhúzódó altatás
15. Többszörös csont. és lágyrész sér.
16. Tartós, erős fájdalom
17. Gyógysz., vegysz., élelmisz. mérgezés
18. Gyógyszer túlérzékenység
19. Lehűlés
20. Agyvérzés/agylágyulás
21. Görcsös agyroham (epilepsia)
22. Gerincsérülés
23. Agyduzzanat
24. Agyhalál (coma)

**Beleegyző nyilatkozat**

Beteg neve: .....

születési év, hónap, nap: .....

TAJ száma: .....

Dr. .... elbeszélgetett velem és tájékoztatott a fent  
megjelölt betegségről/betegségekről.

Felvilágosított a gyógyítás menetéről, az invazív gyógyító beavatkozások szükségességéről:

1. Intubálás
2. Tartós szedálás
3. Tartós gépi lélegeztetés
4. Centralis véna biztosítás
5. Hólyagkatéter
6. Suprapubicus katéter
7. Gyomorszonda
8. Mellkasi szívódrain
9. Mellkasi folyadékcsapolás
10. Artériás vérnyomás
11. Jobb szívfél katéterezés
12. Elektromos kardioversio
13. Tartós parenterális táplálás
14. Transzfúziós kezelés
15. Tracheostomia

Felvilágosított továbbá ezekkel a beavatkozásokkal kapcsolatos szövődményekről is.

A felvilágosítást megértettem, az engem foglalkoztató kérdéseket feltehettem.

További kérdésem nincs.

Beleegyzem, hogy a fent megjelölt betegséggel/betegségekkel kapcsolatos tervezte beavatkozásokat, kezeléseket elvégezzék.

.....  
beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

.....  
orvos aláírása

Dátum: .....

## Nyilatkozat KAIBO

**“A” adatblokk**

A beteg neve	
Lakcíme	
Születés dátuma	

Kérjük, hogy az alábbi táblázatban az “igen”, vagy a “nem” rovatban “X”-szel jelölje, hogy hogyan rendelkezik. Minden kérdésre válaszoljon és csak az egyik oszlopba tegyen jelet!

**“B” adatblokk**

	Igen	Nem
Az érdeklődőknek (porta, telefon) a bennfekvésem tényét és az ápoló osztályom nevét megadhatják		
Egészségügyi dokumentációmba a közeli hozzátartozóim betekinhetnek		

Az alábbi rovatba írja a megfelelő személy nevét, lakcímét és telefonszámát, vagy húzza ki, ha üresen akarja hagyni

**“C” adatblokk**

	Név	Lakcím	Tel. szám
Az állapotommal, bennfekvésemmel kapcsolatban kérem értesítsék:			
A tájékoztatás jogáról lemondok, a betegségem részleteiről helyettem tájékoztassák			

A többi jog (pl. bejegyzés és beavatkozás (visszautasítása) gyakorlását átruházni csak hiteles köz-, vagy magánokirattal lehet. Erről kérdezze orvosát.

Megjegyzés:

A betegjogi tájékoztatót elolvastam és tudomásul vettem.

Mohács, 200

.....  
a beteg aláírása  
(szülője, vagy törvényes képviselője)