



**Ózdi Almási Balogh Pál Kórház**  
**Csecsemő- és gyermekgyógyászati Osztály**  
**3600 Ózd, Béke u. 1-3.**

**TÁJÉKOZTATÓ/BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT KÓRHÁZI KEZELÉSBE**

**újszülött kori sárgaság**

Beteg neve: \_\_\_\_\_

Lánykori név: \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_

Születési hely, idő: \_\_\_\_\_

TAJ szám: \_\_\_\_\_

Törvényes képviselő/szülő neve: \_\_\_\_\_

Ezen nyilatkozat aláírásával beleegyezésemet adom, hogy gyermekem (a gyámságom alatt álló személy) felvételre kerüljön az Ózdi Almási Balogh Pál Kórház (3600 Ózd, Béke utca 1-3.) Csecsemő-és gyermekgyógyászati Osztályára.

Jelen nyilatkozat aláírásával tanúsítom, hogy a kezelőorvos megfelelő, számomra érthető módon részletesen tájékoztatott az alábbiakról:

1. A gyermekem betegségéről **újszülött kori sárgaság** újszülött korban gyakran előfordul a vérben az indirekt bilirubin szint kórosan megemelkedik.
2. **A tervezett terápia** : kékfény kezelés, kékfény-ágy alkalmazása, forszírozott folyadékbevitel, anyatejes táplálás, orvos megítélés alapján infusios terápia során a végtagok rögzítésre kerülnek.
3. **Szükséges vizsgálatokról**:. vér, vizelet ált. + üledék vizsgálat, orvosi megítélés alapján hasi UH.
4. **Lehetséges szövődményeiről**: idegrendszeri károsodás.

Kijelentem, hogy a felvételkor várható beavatkozásokról, ezek előnyeiről és kockázatairól, az esetleges alternatív gyógymódokról és azok lehetséges kockázatairól, valamint gyermekem (a gyámságom alatt álló személy) egészségi állapotáról számomra érthetően felvilágosítást kaptam. Tudomásul veszem, hogy a gyógykezelés alatt az osztály, illetve a kórház területe csak orvosi engedéllyel hagyható el.

Kijelentem, hogy a kórház/osztály házirendjét betartom.

Beleegyezem az adatfelvételbe, valamint a javasolt és előírt gyógyszeres és nem gyógyszeres kezelésbe, továbbá a betegség tisztázásához szükséges vizsgálatok és beavatkozások elvégzésébe (pl.: vérévétel, Branüle behelyezés, hólyagkatéterezés, infúzió, ultrahang stb.)

Beleegyezem, hogy a kritikus állapotváltozás miatt szükséges vizsgálatokat és műtéteket írásbeli beleegyezésem nélkül is elvégezzék.

Beleegyezem, hogy amennyiben gyermekem (a gyámságom alatt álló személy) állapotváltozása vagy gyógykezelése indokolja, áthelyezzék másik betegellátó osztályra, intézménybe.

Tudomásom van arról, hogy panasz esetén a kórház betegjogi képviselőjéhez fordulhatok amennyiben azt a kórház személyzetével nem sikerül rendezni.

Tudomásul veszem, hogy a megőrzésre át nem adott értéktárgyakért, távozás után az osztályon hagyott személyes iratokért és tárgyakért a kórház felelősséget nem vállal.

**A hozzátartozók tájékoztatására vonatkozó felhatalmazás:**

Gyermelem (a gyámságom alatt álló személy) betegségének részleteiről az alábbiakban megnevezett **hozzátartozókat teljes körűen** tájékoztassák:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gyermelem (a gyámságom alatt álló személy) betegségének részleteiről az alábbiakban megnevezett **hozzátartozókat a következő korlátozással** tájékoztassák:

Korlátozás: \_\_\_\_\_

Hozzátartozók: \_\_\_\_\_

Gyermelem (a gyámságom alatt álló személy) betegségének részleteiről az alábbiakban megnevezett **hozzátartozókat a kérésük ellenére se** tájékoztassák:

\_\_\_\_\_

A fentiekben meg nem jelölt, de az intézményben személyesen megjelenő vagy telefonon érdeklődőknek gyermelem (a gyámságom alatt álló személy) **bennfekvésének tényét** és az **ápoló osztály nevét** megadhatják:

☐ Igen      ☐ Nem      Kivéve: \_\_\_\_\_

Kelt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

felvevő/kezelőorvos aláírása

beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

Szóbeli nyilatkozat esetén két tanú aláírása:

1. tanú

2. tanú

név: \_\_\_\_\_

név: \_\_\_\_\_

sz. ig. szám: \_\_\_\_\_

sz. ig. szám: \_\_\_\_\_

lakcím: \_\_\_\_\_

lakcím: \_\_\_\_\_

aláírás: \_\_\_\_\_

aláírás: \_\_\_\_\_