



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

TÁJÉKOZTATÓ/BELEEGYZŐ NYILATKOZAT KÓRHÁZI KEZELÉSBE

faciál parézis

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 **faciál parézis** gyermekkorban leggyakrabban vírus, baktérium fertőzés, mechanikai ártalom (huzat, hideg hatás) következménye az érintett arc fél bénulásával jár.
2. **A tervezett terápia:** Antibiotikus terápia szirup, tablettá formájában, Reumatológus konzultációt követően komplex fizikoterápia.
3. **Szükséges vizsgálatokról:** vér, Vírus szerológia, vizelet ált. + üledék vizsgálat.
4. **Lehetséges szövődményeiről:** maradandó faciális parézis, szemszáradás, nyálcsurgás táplálási nehézség.

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.: vérvétel, 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:

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

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

Korlátozás: _____

Hozzátartozók: _____

Gyermekem (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 gyermekem (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: _____