



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

**TÁJÉKOZTATÓ/BELEEGYZŐ NYILATKOZAT KÓRHÁZI KEZELÉSBE**

**mérgezések (gyógyszer, alkohol, drog)**

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 **mérgezés, gyógyszer, alkohol, drog** ártalmas anyag kerül a szervezetbe szájon, légutakon illetve bőrön át, mely különböző tüneteket okoz.
2. **A tervezett terápia** gyomormosás, infusios kezelés során a végtagok rögzítésre kerülnek, a beteg tudatállapotának megfigyelése, Kifejezett nehézlégzés és romló vérgáz értékek esetében orrszondán vagy maszkon keresztül O<sub>2</sub> terápia. Öngyilkossági szándék miatt bekövetkezett mérgezés esetén pszichológus bevonása a terápiába. Szükség esetén húgyhólyag katéterezés.
3. **Szükséges vizsgálatokról:** vér és vizelet vétel, astrup vizsgálat, branül behelyezés, infusios terápia. EKG vizsgálat, pulzoxymetria, vérnyomás, pulzus, légzés ellenőrzés.
4. **Lehetséges szövődményeiről:** hányás, hasmenés, tudatzavar, légzési depresszió, légzés leállás, alacsony vérnyomás.

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:**

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: \_\_\_\_\_