

Nyilatkozat a Betegazonosító karszalag felhelyezéséről

Szervezeti egység neve: _____

A beteg neve: _____

Lánykori név: _____

Születési dátum: _____

TAJ szám: _____

Törvényes képviselő/szülő neve: _____

1. Ezen nyilatkozat aláírásával:

*Hozzájárulok – nem járulok hozzá (de tudomásul veszem a rendkívüli alkalmazást)**
a betegazonosító karszalag felhelyezéséhez és nevem, TAJ számom illetve kezelő osztályom monogramjának azon történő feltüntetéséhez.

Tudomásul véve azt, hogy jogom van a felajánlott betegazonosító karszalag elutasítására.

Amennyiben kérem a karszalag felhelyezését, tudomásul veszem, hogy a karszalagot mindaddig köteles vagyok viselni, amíg az intézetben tartózkodom, vagy amíg erről másként nem rendelkezem.

Továbbá tudomásul vettem azt is, hogy az átlagostól eltérő kockázatot jelenthet számomra a felajánlott betegazonosító karszalag visszautasítása.

Tudomásul veszem, hogy a betegazonosító karszalag teljes körű (vagyis legapróbb részletekre is kiterjedő) tájékoztatása nem várható el, és beleegyezésemet mindezek tudatában adom meg.

Jelen döntésemet minden kényszertől mentesen akkor hoztam, amikor az összes kérdésemre választ kaptam, és azokat megértettem. Elismerem, hogy a tájékoztató beleegyezésemhez minden szükséges, általam megértett információt megadott, és annak átgondolásához elegendő időt biztosított.

.....	vagy	
beteg aláírása		törvényes képviselő olvasható aláírása
		szül. adatok:
		lakcím:

....., 20..... hónap.....nap

.....
betegazonosítást és tájékoztatást végző orvos aláírása, pecsét
/oszt. ápoló olvasható aláírása

* a megfelelő rész aláhúzendó

A betegazonosító karszalagot a mai naptól nem kívánom viselni.

.....
a beteg aláírása

.....
eltávolítást végző ápoló/orvos aláírása

Felhelyezés időpontja (dátum, óra, perc): _____
Azonosítással kapcsolatos események, aláírás, dátum:

2. Allergizáló hatás ellenőrzése:

fél óra _____ aláírás 1 óra _____ aláírás 24óra _____ aláírás

<u>Csere időpontja</u>	<u>Cserét végző aláírása</u>
<u>Eltávolítás időpontja</u>	<u>Eltávolítást végző aláírása</u>

3. Sürgősségi, egyedi azonosító felhelyezése, illetve cseréje (ismeretlen beteg, sürgős szükség esetén)

Szervezeti egység megnevezése: _____

A beteg neve: _____

Születési dátum: _____

TAJ szám: _____

(Ismeretlen beteg esetén továbbá:

A betegfelvétel pontos időpontja (percre pontosan): _____

Szervezeti egység megnevezése: _____)

<u>Felhelyezés időpontja (óra, perc)</u>	<u>Felhelyezést végző aláírása</u>

Allergizáló hatás ellenőrzése:

fél óra _____ aláírás 1 óra _____ aláírás 24óra _____ aláírás

<u>Csere időpontja</u>	<u>Cserét végző aláírása</u>

<u>Eltávolítás időpontja</u>	<u>Eltávolítást végző aláírása</u>