



## ÁLTALÁNOS TÁJÉKOZTATÓ ÉS NYILATKOZAT

### Tisztelt Betegünk!

A **Kanizsai Dorottya Kórház** vezetése és dolgozói köszöntik **Önt**, és arról kívánják biztosítani, hogy mindent megtesznek az Ön bajának megállapításáért, egészségének mielőbbi helyreállításáért. Kérjük, hogy olvassa el az alábbi általános tájékoztatónkat, a hátoldalon lévő *Nyilatkozat* aláírásával pedig jelezze, hogy megértette és tudomásul vette az itt összefoglaltakat. Tájékoztatónk a hatályos törvény és az alkalmazás jogszabályainak figyelembe vételével készült, de nem lehet minden egyedi esetre kiterjedő részletességű. Amennyiben további kérdései vannak, vagy részletesebb tájékoztatást kíván, úgy forduljon az Önt felvevő munkatársunkhoz, és csak abban az esetben írja alá a nyilatkozatot, ha elégségesnek tartja a kapott információkat.

### **A betegek jogairól:**

- Ön szabadon dönt az egészségügyi ellátás igénybevételéről, sőt az ellátás során szükséges beavatkozások elfogadásáról vagy elutasításáról is. Visszautasítás esetén természetesen vállalnia kell az ebből esetlegesen fakadó következményeket is. A törvény korlátozza a visszautasítás jogát, ha az mások életét, testi épségét veszélyezteti. Különleges feltételek között utasítható el az ellátás, ha annak az elmaradása várhatóan súlyos, maradandó károsodást okozhat, illetve az életet fenntartó, vagy életmentő beavatkozás visszautasítása is különleges feltételekhez kötött.
- Önnek joga van részletes tájékozódásra a saját egészségével kapcsolatos bármely kérdésben, döntésben. Kérjen felvilágosítást az Önt felvevő munkatársunktól, a kezelőorvosától, vagy az osztályvezető főorvostól. Kérdezze meg a szükségesnek tartott beavatkozások okát, hasznosságukat, és tájékozódjon arról, hogy azok elmaradása mit eredményezne. Ezen „*Tájékoztató és nyilatkozat*” elfogadása nem mentesít bennünket attól, hogy más szükségessé váló beavatkozásokhoz, vizsgálathoz, műtéthez további beleegyezését ne kérjük, de az erre vonatkozó nyilatkozatot az esetben írja alá, ha az abban leírtakat megértette, elfogadta.
- Önnek joga van a kivizsgálását és gyógykezelését érintő kérdésekben részt venni, az azokhoz adott beleegyezését bármikor visszavonhatja.
- Önnek joga van az intézményt saját felelősségére bármikor elhagyni. Ezen szándékát kérjük, hogy jelezze, mert az így esetlegesen elmaradó adminisztráció kárt okozhat az intézménynek.
- Önnek jogában áll kapcsolatot tartani írásban vagy szóban, és látogatókat fogadhat.
- A kapcsolattartás egyházi személyre is kiterjed, vallását szabadon gyakorolhatja.
- Kiskorú betegnek joga, hogy szülője, törvényes képviselője – a *Házirend*-ben foglaltak szerint – mellette tartózkodjon.
- A szülő nőnek joga az úgy nevezett együttes szülés, illetve – amennyiben egészségi állapotuk ezt nem zárja ki – együtt tartózkodhat újszülöttjével.

### **A betegek kötelezettsége:**

A betegek és hozzátartozóik vagy látogatóik kötelesek tiszteletben tartani a vonatkozó jogszabályokat és intézményi rendelkezéseket, amelyeket a *Házirend*-ben foglaltunk össze.

**A nem dohányzók védelméről szóló 1999. évi XLII. törvény értelmében az intézet területén dohányozni TILOS!**

### **Betegazonosító karszalag felhelyezése történik:**

**Eszméletlen páciensnél, önrendelkezésre bármilyen egészségügyi vagy más okból képtelen betegnél, szülő nélkül érkező kiskorúnál a szülő írásos rendelkezéséig, illetve 6 éven aluli gyermeknél, ha csak a szülő kifejezetten írásban nem tiltja meg azt. Továbbá átmeneti öntudatlanságot okozó vizsgálatnál vagy beavatkozásnál (például műtét, altatás), ismert, gyakori eszmélet- vagy tudatvesztést okozó betegségnél (például epilepszia), valamint tudat- vagy személyiségzavarnál, ami a személyi adatok közlésének képtelenségéhez vezethet.**



## ÁLTALÁNOS TÁJÉKOZTATÓ ÉS NYILATKOZAT

### **A továbbiakban tájékoztatjuk Önt személyes adatainak védelméről:**

A személyes adatok védelméről rendelkező törvény garantálja, hogy az Önre vonatkozó személyazonosító adatokat és az egészségügyi ellátás során keletkezett további adatokat bizalmasan kezelik. Ön az *Általános Tájékoztatóban* foglalt Nyilatkozat aláírásával felhatalmazza intézményünket a törvény szerinti adatkezelésre. Ezen beleegyezés nélkül csak az akaratnyilvánításra képtelen beteg adatait, vagy a sürgős szükséghelyzetben lévő adatait kezelhetjük.

- Az Ön gyógykezelésével kapcsolatban tudomásunkra jutott adatokra az orvosi titoktartásra vonatkozó szabályok érvényesek. Ezen adatok megszerzésének és kezelésének legfőbb célja az Ön egészségének megőrzése vagy helyreállítása, és azokhoz csak az arra illetékes betegellátók (orvosok, nővérek, egyéb egészségügyi szakszemélyzet stb.) férhetnek hozzá.
- A törvény garantálja Önnek, hogy valamennyi Önről nyilvántartott dokumentumba betekinthes, sőt azokról (saját költségére) másolatot kérhet. Amennyiben Ön ezt nem tiltja meg, a betekintési jog közeli hozzátartozóját is megilleti.
- Egészségügyi ellátásának ideje alatt Ön – írásban – más személyt is felhatalmazhat a dokumentációjába történő betekintésre.

A vonatkozó törvény szerint Ön nem korlátozhatja adatainak továbbítását az alábbi esetekben:

- születés- vagy halálozás esetén az Anyakönyvi Hivatalnak,
- vélhetően bűncselekmény során keletkezett-, vagy 8 napon túl gyógyuló sérülés észlelésekor a rendőrkapitányságnak
- a törvényben kiemelt fokozottan veszélyes fertőző megbetegedéseknél, vagy kiemelt foglalkozási betegség észlelésekor az ÁNTSZ-nek,
- a törvényben meghatározott mérgezések esetén az Egészségügyi Toxikológiai Tájékoztató Szolgálatnak,
- fejlődési rendellenességgel született újszülöttnél az OKI. adatbázisának,
- hadköteles személy gyógykezelésekor a Hadkiegészítő Parancsnokságnak,
- nemzetbiztonsági érdek esetén a nemzetbiztonsági szolgálatnak,
- büntetőügy-, vagy szabálysértési eljárás során az eljáró hatóságnak.

Az Ön érdekében kiadjuk az egészségi állapotával- vagy gyógykezelésével összefüggő adatait

- az Ön háziorvosának,
- más egészségügyi intézménynek.

Ezen utóbbi adattovábbításokat Ön írásban korlátozhatja vagy meg is tilthatja, sőt ahhoz is joga van, hogy a személyes- vagy telefonon történő bármely további információadást korlátozzon vagy megtiltson.

Amennyiben a fenti általános tájékoztatónkat megismerte és azt elfogadja, kérjük, hogy írja alá az alábbi nyilatkozatot is.

### **NYILATKOZAT**

**Alulírott megismerve a Kanizsai Dorottya Kórház általános betegellátási tájékoztatóját, az abban foglaltakat megértve, azokat elfogadom.**

**Nagykanizsa, év: 20... hó:..... nap:...**

.....  
**aláírás**