

A KRÓNIKUS OSZTÁLY BETEGTÁJÉKOZTATÓJA
ÉS A BETEG / HOZZÁTARTOZÓ KÉRELME A KRÓNIKUS OSZTÁLYRA TÖRTÉNŐ
ÁTHELYEZÉSHEZ

Beteg neve: TAJ száma:

A klinikai állapot megítélése szerint jogállása*:

- cselekvőképes beteg
- cselekvőképtelen beteg

(Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)

Küldő Osztály / Profil:

A Krónikus Osztály a „B” épület III.-IV. emeletén helyezkedik el. Az „aktív” osztályon a már kivizsgált, gyógyszeresen beállított betegek utókezelése, ápolása, orvosi felügyelete folyik. További kivizsgálás csak szükség esetén történik. A beteg „akut” osztályon megkezdett gyógyszeres terápiáját folytatjuk, szükség esetén módosítjuk, vagy kiegészítjük. Emellett betegeink jogosultak gyógytornára, mobilizálásra a krónikus rehabilitáció keretében. Mindez a Kórház régi (még nem felújított) épületének 5 ágyas kórtermeiben történik, a Krónikus Osztályra történő átvételtől számított 21 napig. Amennyiben további ellátás indokolt, ezen időszakban javasolt a beteg elhelyezéséről, ápolásáról intézkedni, gondoskodni, mely lehetőségekről - igény esetén - készséggel tájékoztatást adunk.

Amennyiben a három hét nem elegendő a beteg állapotának stabilizálására, vagy a beteg további otthoni gondozása nem megoldott, lehetőség van – maximum 42 napig – napi térítéses fizető ápolás igénybevételére, melyre az osztályvezetőnél kell jelentkezni.

A térítéses ápolás az Osztályon 1-, 2-, ill. 3 ágyas kórtermekben történik, az ágyszámtól függően, (üres ágy) a Dél-budai Centrumkórház Szent Imre Egyetemi Oktatókórház Térítéses Betegellátási Szabályzatában meghatározott napi fizetendő összegért.

A Krónikus Osztályra a betegeket kizárólag előjegyzés alapján vesszük át, a beteg és hozzátartozójának felvilágosítását, ill. beleegyezését / kérését követően.

A betegnek joga van a tájékoztatás során és azt követően további kérdésre:

1. Kérdés:

1. Válasz:

2. Kérdés:

2. Válasz:

3. Kérdés:

3. Válasz:

4. Kérdés:

4. Válasz:

NYILATKOZAT¹

A fentieket elolvastam, megértettem, beleegyezem az áthelyezésembe a Krónikus Osztályra.

Keltezés helye, ideje:

.....
beteg aláírása/cselekvőképes beteg esetén a beteg által jogszerűen felhatalmazott személy aláírása²
cselekvőképtelen beteg esetén hozzátartozója/törvényes képviselője/egyéb jogosult aláírása és telefonszáma

.....
tájékoztató orvos aláírása, pecsétje

Amennyiben az áthelyezés lehetőségével nem kívánok élni, tudomásul veszem, hogy az aktív Osztályon / Profilon további ápolásomra nincs lehetőség, ezért otthonomba bocsátanak.

Keltezés helye, ideje:

.....
beteg aláírása/
cselekvőképtelen beteg esetén hozzátartozója/törvényes képviselője/egyéb jogosult aláírása

.....
tájékoztató orvos aláírása, pecsétje

Írásképtelen, cselekvőképes beteg nyilatkozata esetén:
a beteg nyilatkozata alapján: beleegyezik az áthelyezésbe / visszautasítja azt

Tanú neve:	Tanú neve:
Lakcíme:	Lakcíme:
Sz.ig.száma:	Sz.ig.száma:
Aláírása:	Aláírása:

¹ Megfelelő rész aláhúzandó az aláíróknál.

² az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 16. § (1) bekezdése szerint: A cselekvőképes beteg - ha e törvény eltérően nem rendelkezik - közokiratban, teljes bizonyító erejű magánokiratban vagy - írásképtelensége esetén - két tanú együttes jelenlétében megtett nyilatkozattal

a) megnevezheti azt a cselekvőképes személyt, aki jogosult helyette a beleegyezés, illetve a visszautasítás jogát gyakorolni, illetve, akit a 13. § alapján tájékoztatni kell