

**A GERIÁTRIAI ÉS GERONOTPSZICHIÁTRIAI REHABILITÁCIÓS OSZTÁLY
BETEGTÁJÉKOZTATÓJA ÉS A BETEG/HOZZÁTARTOZÓ/TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ
KÉRELME AZ OSZTÁLYRA TÖRTÉNŐ ÁTHELYEZÉSHEZ**

Beteg neve: TAJ száma:

A klinikai állapot megítélése szerint a beteg¹:

- cselekvőképés
- cselekvőképtelen

Küldő Osztály/Profil:

A Geriátriai és Gerontopszichiátriai Rehabilitációs Osztály a „B” épület földszintjén helyezkedik el. Az aktív osztályon a már kivizsgált, gyógyszeresen beállított 65 év feletti betegek rehabilitációja – pszichés és szomatikus állapotjavítása – folyik. További kivizsgálás csak szükség esetén történik. A beteg akut osztályon megkezdett gyógyszeres terápiáját folytatjuk, szükség esetén módosítjuk, vagy kiegészítjük. Emellett betegeink a rehabilitáció keretében jogosultak gyógytornára, mobilizálásra, kognitív fejlesztésre. A rehabilitáció időtartama maximum 21 nap. Ezen időszakban javasolt a beteg további ellátásáról, ápolásáról, elhelyezéséről gondoskodni, mely lehetőségekről – igény szerint – készséggel adunk tájékoztatást.

A Geriátriai és Gerontopszichiátriai Rehabilitációs Osztályra előzetes egyeztetés alapján, a beteg és hozzátartozójának felvilágosítását illetve beleegyezését követően veszünk át beteget.

A tájékoztatás során és azt követően feltett kérdések és az azokra vonatkozó válaszok:

Kérdés:

Válasz:

Kérdés:

Válasz:

Kérdés:

Válasz:

¹ A megfelelő részt kérjük „X”-el megjelölni.

NYILATKOZAT²

A fentieket elolvastam, megértettem és ezekkel a feltételekkel beleegyezem a Geriatríai és Gerontopszichiátriai Rehabilitációs Osztályra történő áthelyezésbe.

Keltezés helye, ideje: Budapest,

.....
beteg aláírása/cselekvőképes beteg esetén a beteg által jogszerűen felhatalmazott személy aláírása³
cselekvőképtelen beteg esetén hozzátartozója/törvényes képviselője/egyéb jogosult aláírása

.....
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: Budapest,

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

.....
tájékoztató orvos aláírása, pecsétje

Írásképtelen, cselekvőképes beteg nyilatkozata esetén:
a beteg nyilatkozata alapján: beleegyeznek az áthelyezésbe/visszautasítják azt⁴

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

² Megfelelő rész aláhúzandó az aláíróknál.

³ 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 meg tett nyilatkozattal

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

⁴ A megfelelő részt kérjük aláhúzással megjelölni.