

**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 döntésem 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 aláhúzendő

**A betegazonosító karszalagot a mai naptól nem kívánom viselni.**

.....

.....

Almási Balogh Pál Kórház  
3600 Ózd, Béke utca 1-3.**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 döntésem 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 aláhúzendő

**A betegazonosító karszalagot a mai naptól nem kívánom viselni.**

.....

.....

Almási Balogh Pál Kórház  
3600 Ózd, Béke utca 1-3.

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 2. Allergizáló hatás ellenőrzése:

fél óra \_\_\_\_\_ 1 óra \_\_\_\_\_ 24óra \_\_\_\_\_  
 aláírás aláírás 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 \_\_\_\_\_ 1 óra \_\_\_\_\_ 24óra \_\_\_\_\_  
 aláírás aláírás aláírás

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 2. Allergizáló hatás ellenőrzése:

fél óra \_\_\_\_\_ 1 óra \_\_\_\_\_ 24óra \_\_\_\_\_  
 aláírás aláírás 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 \_\_\_\_\_ 1 óra \_\_\_\_\_ 24óra \_\_\_\_\_  
 aláírás aláírás aláírás

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