

Hévízi Szent András Reumakórház és Gyógyfürdő

Dr. Mándó Zsuzsanna főigazgató

Tel.: 83/501-700 Fax: 83/540-144 e-mail: info@spaheviz.hu



Ápolási lap

Név:	Törzsszám:
Születési név:	TAJ:
Születési idő:	Felvéve:
Anyja neve:	Elbocsátva:
Cím:	További sorsa:
Elhelyezés:	
Telefonszám:	
Legközelebbi hozzátartozó:	

Intézménybe kerülés módja

- ☐ Előjegyzés
☐ Sürgősséggel
☐ Áthelyezés

Családi állapota:

- ☐ Egyedül él
☐ Családban él

Anamnézis felvételének módja:

- ☐ Betegtől
☐ Orvostól
☐ Hozzátartozótól
☐ Kórlapból
☐ Egyéb

Értékmegőrzés:

- ☐ Széf
☐ Központi széf
☐ Nem kér
☐ Nincs

Közgyógyellátásban

- ☐ Részesül
☐ Nem részesül

Foglalkozása:

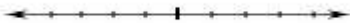
NYILATKOZAT

1. Alulírott Hévízi Szent András Reumakórház és Gyógyfürdőben való bentfekvésem alatt az ápolásomba beleegyezem.
2. Tudomásul veszem, hogy a megőrzésre át nem adott értéktárgyaimért az Intézet/osztály felelősséget nem vállal.
3. A házirendről írásban és szóban tájékoztattak. A házirendben foglaltakat tudomásul veszem és betartom.
4. Ápolási anamnesis felvételének ideje:óraperc
5. Betegazonosító csuklópánttal: ☐ elláttak ☐ nem láttak el

.....
beteg (vagy hozzátartozó) aláírása

.....
felvevő ápoló aláírása

Ápolói helyzetfelmérés adatai felvételkor

Kommunikáció ☐ Jól együttműködő ☐ Nem együttműködő ☐ Egyéb:.....	Tudat: ☐ Tiszta ☐ Zavart ☐ Eszméletlen ☐ Egyéb:.....	Káros szenvedély: ☐ Alkohol ☐ Dohányzás ☐ Drog ☐ Egyéb:.....
Étrend: ☐ Normál ☐ Diéta 	Étvágycsökkentés: ☐ Jó ☐ Kielégítő ☐ Rossz ☐ Egyéb:.....	Alkat: ☐ Ts.:.....kg ☐ Tm.:.....cm ☐ BMI:..... 
Szájüreg, fogazat ☐ Ép ☐ Hiányos ☐ Pótolts ☐ Protézis	Külső elváltozás ☐ Ép ☐ Sérült ☐ Sérült:.....	Légzés ☐ Szabályos ☐ Kóros
Látás ☐ Ép ☐ Kóros ☐ Szemüveg ☐ Kontaktlencse	Kiválasztás Székelés: ☐ Normál ☐ Kóros ☐ Egyéb:.....	Keringés, szív működés ☐ Norm. ☐ Kóros ☐ Hypertonia ☐ Egyéb:.....
Hallás ☐ Ép ☐ Kóros ☐ Hallókészülék	Vizelet: ☐ Normál ☐ Kóros ☐ Egyéb:.....	
Alvás ☐ Jól alszik ☐ Alvási probléma ☐ Gyógyszerrel ☐ Egyéb:.....	Allergia ☐ Gyógyszer ☐ Étel ☐ Egyéb:.....	Fájdalom ☐ Nincs ☐ Gyenge ☐ Közepes ☐ Erős ☐ Elviselhetetlen

Ápolási szükségletek felmérése

Étkezés: ☐ Önálló ☐ Segítséggel:..... ☐ Teljes ellátást igényel	Mozgás, helyzetváltoztatás: ☐ Önállóan ☐ Segítséggel:..... ☐ Teljes ellátást igényel ☐ Segédeszköz:.....
Tisztálkodás: ☐ Önállóan ☐ Segítséggel:..... ☐ Teljes ellátást igényel	Öltözködés: ☐ Önállóan ☐ Segítséggel:..... ☐ Teljes ellátást igényel
Kiválasztás ☐ Önállóan ☐ Segítséggel:..... ☐ Teljes ellátást igényel	Egyéb:

Vitális paraméterek:	Menstruáció:	Prostata hypertrophia:
☐ RR.....Hgmm	☐ Szabályos ☐ Rendszertelen	☐ Van
☐ P:...../min	☐ Nincs	☐ Nincs

Jelen betegsége(i), panaszai, tünetei:

Orvosi diagnózis:

Ápolási kategória:

☐ I. ☐ II. ☐ III. ☐ IV.

Ápolási diagnózis(ok):

Ápolási terv, cél meghatározás:

Jóváhagyta (kezelő orvos):

Ápolási folyamat értékelése:

A távozás időpontja: év hónap nap óra perc

.....
osztályvezető főnővér aláírása

.....
elbocsátó ápoló aláírása

Hévízi Szent András Reumakórház és Gyógyfürdő

Dr. Mándó Zsuzsanna főigazgató

Tel.: 83/501-700 Fax: 83/540-144 e-mail: info@spaheviz.hu



NYILATKOZAT

Személyi adatok	
Beteg neve:	
Lakcíme:	
Születési ideje:	

Kérjük, hogy az alábbi táblázatban az "igen" vagy a "nem" rovatban "X"-szel jelölje, hogyan rendelkezik! Minden kérdésre válaszoljon és mindegyikre csak az egyik oszlopba tegyen jelet!

Hozzájárulás / Tiltás	Igen	Nem
Az intézményben személyesen megjelent vagy telefonon érdeklődőknek (porta, osztály) a bennfekvésem tényét és az ápoló osztályom nevét megadhatják.		
Hozzájárulok ahhoz, hogy az egészségügyi dokumentumaimba közeli hozzátartozóim és törvényes képviselőm(im) betekinthesse(n)ek (az erre vonatkozó rendelkezéseknek megfelelően)		
Amennyiben NEM, az alább megnevezett személyek(ek)re fenti korlátozás nem vonatkozik:		

Az alábbi rovatokba írja a megfelelő személy nevét, lakcímét, és telefonszámát, vagy húzza ki, ha üresen akarja hagyni.

Értesítés / Tájékoztatás	Név	Lakcím	Telefonszám
A tájékoztatás jogáról lemondok, a betegségem részleteiről helyettem tájékoztassák:			
Az állapotommal, bennfekvéssel kapcsolatban kérem értesítsék:			

A többi jog (pl. beleegyezés és beavatkozás visszautasítása) gyakorlását átruházni csak hiteles köz- vagy magánokirattal lehet. Erről kérdezze kezelő orvosát.

Megjegyzés:

A betegjogi tájékoztatót elolvastam, megértettem és tudomásul vettem.

Hévíz, 2025.

.....
beteg olvasható aláírása

.....
vagy a törvényes képviselő aláírása (1)

Beteg neve:
Születési ideje:
Születési helye:
Lakcíme:

Törv.képv. neve:
Születési ideje:
Születési helye:
Lakcíme:

(1) Cselekvőképtelenség, vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett CSAK a törvényes képviselő írhatja alá!

A beteg jelen állapota (eszméletlen, zavart tudat, írásképtelen, analfabéta, belátási képesség hiánya) miatt ezen nyilatkozatot nem tudta kitölteni:

Kezelőorvos P.H.

Hévízi Szent András Reumakórház és Gyógyfürdő

Dr. Mándó Zsuzsanna főigazgató

Tel.: 83/501-700 Fax: 83/540-144 e-mail: info@spaheviz.hu



BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Név:	Törzsszám:
Születési hely, idő:	TAJ:
Anyja neve:	Felvéve:
Lakcím:	Elbocsátva:

Alulírott #!NEV; aláírással is megerősítve nyilatkozom arról, hogy

1.a Hévízgyógyfürdő és Szent András Reumakórház házirendjét elolvastam, tudomásul vettem és kötelezem magam arra, hogy a kórházban tartózkodásom alatt az abban foglaltakat betartom,

2. a betegazonosítási rendszerről teljes körű tájékoztatást kaptam.

Ennek ismeretében döntöttem:

☐ betegazonosító csuklópántot **igénylem**

☐ betegazonosító csuklópántot **nem igénylem**

3.beleegyezem, hogy az intézményben bentfekvésem során a kórisme megállapításához, vagy annak pontosításához szükséges nem műtéti jellegű rutin vizsgálatokat (vérvétel és más laboratóriumi vizsgálat, EKG, röntgen, a szükséges injekciós terápiát, állapotfelmérő tesztet) elvégezzék.

4.beleegyezem a megállapított, vagy valószínűsített kórismém (diagnózisom), valamint meglévő korábban is ismert betegsége(i)m gyógyítása érdekében a kórház illetékes kezelőorvosa (távollétében, helyettesként az osztály más orvosa) által javasolt, előírt gyógyszeres és nem gyógyszeres (pl. fizioterápiás) kezelésbe,

5.elismerem, hogy a beleegyezésemhez minden szükséges, általam érintett információ és annak átgondolásához elegendő idő állt rendelkezésemre. Az osztályos kezelőorvosom kivizsgálásom menetéről és a betegséggel kapcsolatos orvosi kérdésekről szóban is tájékoztatott, melyet elegendőnek és megfelelőnek találtam, a feltett kérdésekre kielégítő válaszokat kaptam.

6.nyilatkozom, hogy a Hévízgyógyfürdő és Szent András Reumakórház fekvőbetegeként más intézmény szakellátásán Társadalombiztosítás által fizetett egészségügyi szolgáltatást nem veszek igénybe, kivéve, ha a Hévízgyógyfürdő orvosa engem beutal. Tudomásul veszem és elfogadom, hogy amennyiben jelen nyilatkozatom ellenére ilyen ellátást mégis igénybe veszek, úgy részemre ennek költségét a vonatkozó jogszabályi rendelkezések alapján a Társadalombiztosítás nem finanszírozza, ezért ezek a költségek engem terhelnek; erre tekintettel a Hévízgyógyfürdő és Szent András Reumakórház e költségek megfizetésére felszólíthat, mely felszólítás alapján a költségek megfizetésére kötelezett vagyok.

7.igazolom, hogy a gyógyszeres kezelés/gyógyászati segédeszközzel való ellátás lehetséges változatairól, az azonos hatóanyagtartalmú készítmények/azonos funkcionális csoportba tartozó gyógyászati segédeszközök várható költségkihatásairól és helyettesítési lehetőségeiről szóló felvilágosítást megkaptam. (2006.évi XCVIII.tv.44§ (1),(4) bek.)

8.

Szeretne utazási költségterítést igényelni? Igen ☐ Nem ☐

Közforgalmú közlekedési eszközön utaztatható? Igen ☐ Nem ☐

Egészségi állapota miatt kísérőre szüksége van? Igen ☐ Nem ☐

Hévíz, 2025.

.....
a beteg olvasható aláírása

.....
kezelő orvos, PH