

| | |
|--|---|
| Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet Formanyomtatvány | |
| MR-EAA-F2 | Szülői tájékoztató és beleegyező nyilatkozat |

Azonosító _____

Kedves Szülők!

Tájékoztató a Koragyermekkori evés-alvás ambulancia működési rendjéről.

Helyszín:

Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet Madarász utcai részleg

Cím: Madarász Viktor utca 22-24. Fsz.

Ambulanciavezető: Dr. Scheuring Noémi

Az ambulancia a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet Gyermekbel- és tüdőgyógyászati osztályához tartozik.

Cím: 1089 Üllői út 86 „G” ép I. emelet

Osztályvezető: Prof. Dr. Szabó László

Az ambulancia munkamódszere:

A vizsgálathoz házi gyermekorvosi beutaló szükséges.

A csecsemők/kisgyermek evés-alvás problémájában segítséget nyújtó, alapvetően belgyógyászati és pszichológiai jellegű komplex szakellátás, mely során a szervi okok keresése kiegészül a lelki tényezők figyelembevételével.

Az ambulancia működési formája lehetőséget ad a csapatmunka megvalósítására, melyben gyermekorvos, pszichológus, gyermekpszichiáter, gyermek szakápolók, dietetikus, gyógypedagógus, gyógytornász és egyéb szakemberek dolgoznak.

A belgyógyászati kivizsgálás és a részletes kórtörténet kikérdezését követően, a lelki tényezők felmérésére is sor kerül, melyben néhány mérőskálát is alkalmazunk. A kivizsgálás legalább két orvosi találkozásból áll. A tünetektől és eredményektől függően videofelvétel szükségessége is felmerül adott esetben (pl. etetési helyzetek), melyhez a szülő/törvényes képviselő a „Beleegyező nyilatkozat képi rögzítésre került felvételek felhasználásához” nyomtatvány aláírásával hozzájárul.

Az orvosi szakellátás mellett a pszichológiai háttérű problémák oldására konzultációt, illetve pszichoterápiát javasolhatunk, melyek száma és rendszere egyéni elbírálást igényel.

Mindez helyben történik, illetve a terület felé javaslatot teszünk a szükséges ellátási formára.

Dr. Scheuring Noémi
ambulanciavezető főorvos

Beleegyező nyilatkozat

A belgyógyászati szakvizsgálat alapján egyes esetekben további kivizsgálás szükségessége merülhet fel, mely a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet Gyermekbel- és tüdőgyógyászati osztály ambulanciáján, illetve egyéb szakellátás keretében történik. A lelki tényezők megítélésére szolgáló konzultáció, megfigyelési tevékenység, illetve pszichológiai jellegű felmérés a kóros tünetek oki hátterének pontosítását szolgálják. A kisgyermek kóros viselkedés megnyilvánulásai (regulációs zavarok – pl. evés-alvászavar, extrém sírás) a

| | | | |
|-----------------|--------------------------------------|---------------|---------------|
| Dokumentum kód: | MR-EAA-F2 | Oldalszám: | 1./2 |
| Változat szám: | 1. | | |
| Állomány név: | Mindenkinek/Tájékoztatók/MR-EAA-F2-1 | Érvénybe lép: | 2017. 01. 25. |

Azonosító _____

környezetre gyakorolt hatásainak feltárása és a hatékony segítség megválasztása érdekében a szülőknek egyéni, esetenként a szülőre irányuló tanácsadást adunk.

Kijelentem, hogy a fentebb leírt beavatkozásról, annak lefolyásáról kellő tájékoztatást kaptam, esetleges kérdéseimet a kezelőorvos megválaszolta.

A tájékoztató elolvasása és a személyes tájékoztatás után hozzájárulok a komplex kivizsgáláshoz.

Kijelentem, hogy a mai napon a fent nevezett gyermek törvényes képviselője vagyok, a szülői felügyeleti jogom felfüggesztve/ korlátozva/ megszüntetve nincs.

Budapest, 20

.....
a gyermek törvényes képviselője,
illetve a szülői felügyeleti jogot gyakorló személy aláírása

.....
az orvos aláírása

PH

.....
1. tanú

.....
2. tanú

HA A KIVIZSGÁLÁSBA NEM EGYEZIK BELE

A beleegyező nyilatkozat áttanulmányozása és az orvossal való személyes megbeszélés alapján a komplex kivizsgálásba nem egyezem bele, a komplex kivizsgálás elmaradásából származó egészségkárosodásért az orvost semmilyen felelősség nem terheli.

Kijelentem, hogy a mai napon a fent nevezett gyermek törvényes képviselője vagyok, a szülői felügyeleti jogom felfüggesztve/ korlátozva/ megszüntetve nincs.

Budapest, 20

.....
a gyermek törvényes képviselője,
illetve a szülői felügyeleti jogot gyakorló személy aláírása

.....
az orvos aláírása

PH

.....
1. tanú

.....
2. tanú

| | | | |
|-----------------|--------------------------------------|---------------|---------------|
| Dokumentum kód: | MR-EAA-F2 | Oldalszám: | 2./2 |
| Változat szám: | 1. | | |
| Állomány név: | Mindenkinek/Tájékoztatók/MR-EAA-F2-1 | Érvénybe lép: | 2017. 01. 25. |