

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT ÁLTALÁNOS SEBÉSZETI PROFIL	FNY1007/22 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat a végbél tükrözéses vizsgálatához		Oldalszám: 1/2

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT A VÉGBÉL TÜKRÖZÉSES VIZSGÁLATÁHOZ

1. Beteg¹ neve: **TAJ száma:**

Beküldő diagnózis:
.....

2. Tájékoztató tartalma:

A vizsgálat célja: A végbél betegségeinek kórismézése.

A vizsgálat a végbél mintegy 18-22 cm hosszúságban történő tükrözése.

A vizsgálat során szövettani mintavételre, esetleg kisebb polyp eltávolítására is lehetőség van.

A vizsgálatra a betegnek készülnie kell. A vizsgálat napján kora reggel 1-2 beöntéssel, vagy glicerines kúppal a végbél megtisztítására van szükség.

A vizsgálatához nem szükséges hashajtás és nem kell éhgyomorral lenni sem.

A vizsgálat az alábbi módon történik: A páciens a vizsgáló asztalon úgynevezett „térd-könyök” helyzetben foglal helyet. A vizsgáló orvos először ún. rectalis-digitalis vizsgálatot végez (a végbél ujjal történő vizsgálata). Amennyiben kórosat nem tapint, bevezeti a végbélbe a merev fém vizsgálóeszközt (rectoscopot). A vizsgálat során a végbelet levegővel kell felfújni, hogy a nyálkahártya látható legyen, ez a betegnek időnként kellemetlen feszülő érzést okozhat. Ha kóros elváltozást talál az orvos a vizsgált szakaszon, biopsiás fogó segítségével ebből mintát vehet, a mintavételt általában kisebb vérzés kíséri.

A vizsgálatához praemedikációt (előkészítő injekciót) nem alkalmazunk.

Idős vagy mozgásában korlátozott betegnél a vizsgálatot kivételesen oldalfekvésben is el lehet végezni.

A vizsgálat lehetséges szövődményei: 1000 vizsgálatból 1-2 esetben fordul elő a végbél nyálkahártyájának sérülése, mely esetleges vérzéssel vagy a bél falának átfúródásával jár. Ez utóbbi esetben azonnali műtét válhat szükségessé.

Kérjük, amennyiben a vizsgálatnál kapcsolatban kérdése van, forduljon bizalommal a kezelőorvosához vagy a vizsgálatot végző orvoshoz.

- Van-e gyógyszerérzékenysége?

- Válasz:

- Szed-e véralvadástgátlót?

- Válasz:

- Tud-e vérzékenységről?

- Válasz:

A beteg által feltett kérdések és orvosi válaszok:

- 1. Kérdés:

- Válasz:

- 2. Kérdés:

- Válasz:

- (További kérdések és válaszok esetén pótlap használata szükséges.)

- **A beteg kérdést nem tett fel (szükség esetén kérjük „X”-el jelölni, s az üresen hagyott „válasz/kérdés” területet áthúzni!):** ☐

Ezúton kijelentem, hogy a jelen formanyomtatványt megismertem, és az annak maradéktalanul megfelelő tartalmú tájékoztatást a kezelőorvostól megkaptam, melyet megértettem és tudomásul vettem.

3. Beleegyező nyilatkozat tartalma:

NYILATKOZAT A VÉGBÉL TÜKRÖZÉSES VIZSGÁLATÁRÓL

A VÉGBÉL TÜKRÖZÉSES VIZSGÁLATÁBA BELEEGYEZEM.

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, betegségem gyógyítására, rajtam a végbél tükrözéses vizsgálatának elvégzése szükséges. Kijelentem, hogy ezen írásbeli tájékoztatót elolvastam (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), a vizsgálat lényegét megértettem és a vizsgálatnál járó esetleges szövődmények kockázatát vállalom.

¹ A beteg jogi definíciója: Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § a) pontja szerint: "beteg: az egészségügyi ellátást igénybe vevő vagy abban részesülő személy"

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT ÁLTALÁNOS SEBÉSZETI PROFIL	FNY1007/22 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat a végbél tükrözéses vizsgálatához		Oldalszám: 2/2

Ezúton nyilatkozom, hogy a tájékoztatóban foglaltakat megértettem, további igényelt felvilágosítást megkaptam, a végbél tükrözéses vizsgálatához

☐ hozzájárulok ☐ nem járulok hozzá. (Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)

Tájékoztattak arról, hogy az ellátásom során keletkezett egészségügyi adataim feltöltésre kerülnek az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térbe (EESZT), amihez rajtam kívül az ellátásomat végző egészségügyi szolgáltatók is hozzáférnek. Tájékoztattak továbbá, hogy az egészségügyi adataimhoz eleve korlátozott a hozzáférés, alapállapotban csak a kezelőorvosom vagy a kezelésben résztvevő orvos férhet hozzá a kezelés ideje alatt. Jogosult vagyok rendelkezni az EESZT által kezelt egészségügyi adataimmal, valamint engedélyezni és korlátozni tudom a hozzáférési jogosultságát az egyes egészségügyi szolgáltatóknak, orvosoknak. Az egészségügyi adataimmal való rendelkezéseimet megtehetem az EESZT lakossági portálján (www.eeszt.gov.hu) vagy személyesen ügyintézés keretében bármely Kormányablaknál.

Jelen nyilatkozatom alapján a személyes adatok jogosultja ezennel visszavonásig hozzájárulok ahhoz, hogy az Adatkezelő Adatvédelmi és adatbiztonsági szabályzatában (<https://www.szentimrekorhaz.hu/hu/adatkezelesiszabalyzat.html>) meghatározott feltételek alapján, az abban foglalt Adatkezelők a megadott személyes Adataimat (azonosító és kapcsolattartási adataim: név, telefonszám, e-mail és egyéb azonosítók) és az ellátásomhoz közvetlenül szükséges egészségügyi adataimat, továbbá a szükséges vagy folyamatban lévő, illetve befejezett gyógykezelésre vonatkozó, valamint a gyógykezeléssel kapcsolatban megismert egyéb adataimat az Adatkezelő révén nyújtott szolgáltatásokkal kapcsolatos feladataik ellátásához szükséges mértékben kezeljék, az egészségügyi szolgáltatás nyújtásához szükséges esetben továbbítsák. Tudomásul veszem, hogy a jelen nyilatkozatomban foglalt hozzájárulásom alapján történő adatkezelésre a Szabályzat, illetve a mindenkor hatályos adatvédelmi jogszabályok, így különösen az EU 2016/679 sz. Általános adatvédelmi rendelet (GDPR), az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló Infotörvény, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, valamint a gyógykezelés céljából történő adatkezeléssel kapcsolatban az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezéseire vonatkozik.

Döntésemet részletes írásbeli és szóbeli tájékoztatást követően hoztam meg, tisztában vagyok azzal, hogy fenti nyilatkozatomat bármikor, korlátozás nélkül visszavonhatom.

Keltezés helye, ideje:

.....
(tájékoztató orvos neve
olvashatóan)

.....
(műtétet/beavatkozást végző
orvos neve olvashatóan)

.....
(nyilatkozó személy neve
olvashatóan)

.....
(tájékoztató orvos aláírása, orvos
pecsétje)

.....
(műtétet/beavatkozást végző
orvos aláírása, orvosi pecsétje)

.....
(nyilatkozó személy aláírása)

A klinikai állapot megítélése szerint jogállása*: (Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)

- ☐ cselekvőképes beteg, de valamely okból kifolyólag fizikálisan képtelen az aláírásra
☐ korlátozottan cselekvőképes beteg ☐ cselekvőképtelen beteg
☐ törvényes képviselő ☐ nyilatkozattételre jogosult személy**

.....
(kezelőorvos neve olvashatóan)

.....
(tanú neve)

.....
(tanú neve)

.....
(kezelőorvos aláírása, orvosi pecsétje)

.....
(tanú lakcíme)

.....
(tanú lakcíme)

*Jogszabály szerint szellemi szintjének megfelelően a cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes személyt is tájékoztatni kell egészségügyi állapotáról.

**Nyilatkozattételre jogosult személyek azok a közeli hozzátartozók, akik nem törvényes képviselők (nem gondnokok, szülők vagy gyámok), azonban a cselekvőképtelen beteg helyett jogosultak nyilatkozatot tenni.