

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT KÉPALKOTÓ DIAGNOSZTIKAI OSZTÁLY	FNY1028/7 Változat: 3
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat angiográfiás vizsgálatához		Oldalszám: 1/2

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT ANGIOGRÁFIÁS VIZSGÁLATHOZ

1. Név: **TAJ szám:**
Telefonszám: **Beküldő diagnózis:**

2. Tájékoztatás tartalma: Az FNY1028/7-2020.06.03. azonosítószámú **BETEGTÁJÉKOZTATÓ ANGIOGRÁFIÁS VIZSGÁLATHOZ** tárgyú formanyomtatvány tartalma, majd ennek elolvasását követően, a beteg által feltett kérdések és orvosi válaszok.

- 1. Kérdés:
- Válasz:
- 2. Kérdés:
- Válasz:
- (További kérdések és válaszok esetén pótlap használata szükséges.)
- A **vizsgálaton megjelent személy** kérdést nem tett fel (szükség esetén kérjük „X”-el jelölni, s az üresen hagyott „válasz/kérdés” területet áthúzni!).
- Korábban kapott-e már érbe jódos kontrasztanyagot (vese-, epe-, ér-, vagy szívvizsgálatkor)?
- Válasz:
- Korábbi kontrasztanyag vizsgálat során tapasztalt-e valamilyen mellékhatást?
- Válasz:
- Van-e Önnek szív-, vese-, pajzsmirigy-, vagy cukorbetegsége?
- Válasz:
- Szed-e metformin tartalmú gyógyszert?
- Válasz:

Ezúton kijelentem, hogy Az FNY1028/7-2020.06.03. azonosítószámú BETEGTÁJÉKOZTATÓ ANGIOGRÁFIÁS VIZSGÁLATHOZ tárgyú formanyomtatványt megismertem, és az annak maradéktalanul megfelelő tartalmú tájékoztatást a kezelőorvostól megkaptam, melyet megértettem és tudomásul vettem.

3. Beleegyező nyilatkozat tartalma: NYILATKOZAT ANGIOGRÁFIÁS VIZSGÁLAT ELVÉGZÉSÉRŐL

AZ ANGIOGRÁFIÁS VIZSGÁLATBA BELEEGYEZEM.

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, betegségem pontos tisztázására, valamint a megfelelő kezelés megválasztásának érdekében, rajtam angiográfiás vizsgálat elvégzése szükséges. Kijelentem, hogy ezen írásbeli tájékoztatót elolvastam (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), a vizsgálat lényegét megértettem és a vizsgálatlal járó esetleges szövödmények kockázatát vállalom.

Ezúton nyilatkozom, a tájékoztatóban foglaltakat megértettem, további igényelt felvilágosítást megkaptam, az angiográfiás vizsgálat elvégzéséhez

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

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT KÉPALKOTÓ DIAGNOSZTIKAI OSZTÁLY	FNY1028/7 Változat: 3
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat angiográfiás vizsgálatához		Oldalszám: 2/2

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 kezelésemben 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
nyomatott betűkkel)

.....
(nyilatkozó személy neve
nyomatott betűkkel)

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

.....
(nyilatkozó személy
aláírása)

A klinikai állapot megítélése szerint jogállása*:

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

(A megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)

.....
(kezelőorvos neve
nyomatott betűkkel)

.....
(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.