

<b>SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>	<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT KÉPALKOTÓ DIAGNOSZTIKAI OSZTÁLY</b>	<b>FNY1028/8</b>  <b>Változat: 4</b>
<b>Tárgy:</b> Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat mammografiás vizsgálatához		<b>Oldalszám:</b> 1/2

## TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT MAMMOGRAFIÁS VIZSGÁLATHOZ

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

**2. Tájékoztatás tartalma:** Az **FNY1028/8-2020.06.02.** azonosítószámú **TÁJÉKOZTATÓ MAMMOGRAFIÁS VIZSGÁLATHOZ** tárgyú formanyomtatvány tartalma, majd ennek elolvasását követően, a vizsgálaton megjelent személy 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!).

**Ezúton kijelentem, hogy Az FNY1028/8-2020.06.02. azonosítószámú TÁJÉKOZTATÓ MAMMOGRAFIÁS VIZSGÁLATHOZ tárgyú formanyomtatványt megismertem, és az annak maradéktalanul megfelelő tartalmú tájékoztatást a vizsgáló orvostól/szakasszisztentstől megkaptam, melyet megértettem és tudomásul vettem.**

### **3. Beleegyező nyilatkozat tartalma: NYILATKOZAT A MAMMOGRÁFIÁS VIZSGÁLAT ELVÉGZÉSÉRŐL**

#### **A MAMMOGRÁFIÁS VIZSGÁLATBA BELEEGYEZEM.**

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

**Ezúton nyilatkozom, hogy a MAMMOGRÁFIÁS vizsgálat elvégzéséhez**

- 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](http://www.eeszt.gov.hu)) vagy személyesen ügyintézés keretében bármely Kormányablaknál.

<p align="center"><b>SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b></p>	<p align="center"><b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT KÉPALKOTÓ DIAGNOSZTIKAI OSZTÁLY</b></p>	<p><b>FNY1028/8</b></p> <p><b>Változat: 4</b></p>
<p><b>Tárgy:</b> Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat mammografiás vizsgálatához</p>		<p><b>Oldalszám: 2/2</b></p>

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: .....**

.....  
(vizsgáló orvos/szakasszisztens neve  
nyomtatott betűkkel)

.....  
(nyilatkozó személy neve  
nyomtatott betűkkel)

.....  
(vizsgáló orvos/szakasszisztens neve  
aláírása)

.....  
(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\*\*

**(Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)**

.....  
(kezelőorvos neve  
nyomtatott 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.