

|                                                                                              |                                                                                           |                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>SZENT IMRE<br/>EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>                                                  | <b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS<br/>BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT<br/>KÉPALKOTÓ DIAGNOSZTIKAI OSZTÁLY</b> | <b>FNY1028/9</b><br><b>Változat: 3</b> |
| <b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat aspiracios citologiai mintavételhez |                                                                                           | <b>Oldalszám: 1/2</b>                  |

## **BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT ASPIRACIOS CITOLÓGIAI MINTAVÉTELHEZ**

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

**2. Tájékoztató tartalma:** Az **FNY1028/9-2020.06.08.** azonosítószámú **BETEGTÁJÉKOZTATÓ ASPIRACIOS CITOLÓGIAI MINTAVÉTELHEZ** 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 beteg kérdést nem tett fel (szükség esetén kérjük „X”-el jelölni, s az üresen hagyott „válasz/kérdés” területet áthúzni!):**

Ezúton kijelentem, hogy Az **FNY1028/9-2020.06.08.** azonosítószámú **BETEGTÁJÉKOZTATÓ ASPIRACIOS CITOLÓGIAI MINTAVÉTELHEZ** tárgyú formanyomtatványt megismertem, és az annak maradéktalanul megfelelő tartalmú tájékoztatót a kezelőorvostól megkaptam, melyet megértettem és tudomásul vettem.

### **3. Beleegyező nyilatkozat tartalma: NYILATKOZAT ASPIRACIOS CITOLÓGIAI MINTAVÉTEL ELVÉGZÉSÉRŐL**

#### **AZ ASPIRACIOS CITOLÓGIAI MINTAVÉTEL BELEEGYEZEM.**

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, betegségem pontos tisztázására, valamint a megfelelő kezelés megválasztásának érdekében, rajtam aspiracios citologiai mintavétel 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 tájékoztatóban foglaltakat megértettem, további igényelt felvilágosítást megkaptam, az aspiracios citologiai mintavétel elvégzéséhez**

**hozzájárok**                       **nem járlok 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.

|                                                                                                 |                                                                                           |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>SZENT IMRE<br/>EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>                                                     | <b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS<br/>BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT<br/>KÉPALKOTÓ DIAGNOSZTIKAI OSZTÁLY</b> | <b>FNY1028/9</b><br><b>Változat: 3</b> |
| <b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat aspirációs citologiai<br>mintavételhez |                                                                                           | <b>Oldalszám: 2/2</b>                  |

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  
nyomtatott betűkkel)

.....  
(nyilatkozó személy neve  
nyomtatott 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\*\*  
(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.