

<b>SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>	<b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT GASZTROENTEROLÓGIAI PROFIL</b>	<b>FNY1019/7 Változat: 2</b>
<b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyző nyilatkozat a vastagbél tükrözéses vizsgálatához		<b>Oldalszám: 1/2</b>

## BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT A VASTAGBÉL TÜKRÖZÉSES VIZSGÁLATÁHOZ

**1. Beteg<sup>1</sup> neve:** ..... **TAJ száma:** .....

**Beküldő diagnózis:** .....

**2. Tájékoztató tartalma:** Az FNY1019/7-2020.11.05 azonosítószámú **BETEGTÁJÉKOZTATÓ A VASTAGBÉL TÜKRÖZÉSES VIZSGÁLATÁHOZ** 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!):**
- Van-e gyógyszerérzékenysége?
- Válasz: .....
- Szed-e véralvadásgátlót?
- Válasz: .....
- Tud-e vérzékenységről?
- Válasz: .....

**Ezúton kijelentem, hogy Az FNY1019/7-2020.11.05 azonosítószámú BETEGTÁJÉKOZTATÓ A VASTAGBÉL TÜKRÖZÉSES VIZSGÁLATÁHOZ tárgyú formanyomtatványt megismerhettem, és az annak maradéktalanul megfelelő tartalmú tájékoztatást a kezelőorvostól megkaptam, melyet megérttem és tudomásul vettem.**

**3. Beleegyző nyilatkozat tartalma:**  
**NYILATKOZAT A VASTAGBÉL TÜKRÖZÉSES VIZSGÁLATÁHOZ**

### **A VASTAGBÉL TÜKRÖZÉSES VIZSGÁLATBA BELEEGYZEM.**

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, betegségem gyógyítására, rajtam vastagbél tükrözéses vizsgálat elvégzése szükséges. Kijelentem, hogy ezen írásbeli tájékoztatót elolvastam (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), a vizsgálat lényegét megérttem és a vizsgálatlal járó esetleges szövődmények kockázatát vállalom. Felelősséggel kijelentem, hogy tudtommal a szervezetembe pacemaker (szívritmus szabályozót), olyan fémprotézist, vagy más fémanyagot, illetve elektromos árammal működő készüléket (pl.: hallókészülék) nem ültettek be, nem viselek, amely miatt a vastagbél tükrözéses vizsgálat nem végezhető el.

### **A KONTRASZTANYAG ADÁSÁBA NEM EGYZEM BELE.**

Az értékelhető eredményhez bizonyos esetekben szükség lehet kontrasztanyag adására. Tudomásul veszem, hogy amennyiben a kontrasztanyagot visszautasítom, a radiológus orvost és a kezelőorvosomat nem terheli felelősség a kontrasztanyag nélkül készült vizsgálat kisebb értékelhetőségéből származó káros következményekért, illetve a gyógyulás kedvezőtlen alakulásáért.

<sup>1</sup> 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"

<b>SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>	<b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT GASZTROENTEROLÓGIAI PROFIL</b>	<b>FNY1019/7</b> <b>Változat: 2</b>
<b>Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat a vastagbél tükrözéses vizsgálatához</b>		<b>Oldalszám: 2/2</b>

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

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

**Kontrasztanyag CT 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](http://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\*\*

**(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.