

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT GASZTROENTEROLÓGIAI PROFIL	FNY1019/2 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat az emésztőrendszer felső szakaszának endoszkópos ultrahang vizsgálatához		Oldalszám: 1/2

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT AZ EMÉSZTŐRENDSZER FELSŐ SZAKASZÁNAK ENDOSZKÓPOS ULTRAHANG VIZSGÁLATÁHOZ

1. Beteg¹ neve: **TAJ száma:**

Beküldő diagnózis:

2. Tájékoztató tartalma: Az **FNY1019/2-2020.11.05** azonosítószámú **BETEGTÁJÉKOZTATÓ AZ EMÉSZTŐRENDSZER FELSŐ SZAKASZÁNAK ENDOSZKÓPOS ULTRAHANG 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 FNY1019/2-2020.11.05. azonosítószámú BETEGTÁJÉKOZTATÓ AZ EMÉSZTŐRENDSZER FELSŐ SZAKASZÁNAK ENDOSZKÓPOS ULTRAHANG VIZSGÁLATÁHOZ tárgyú formanyomtatványt megismerhettem, és az annak maradéktalanul megfelelő tartalmú tájékoztatót a kezelőorvostól megkaptam, melyet megértettem és tudomásul vettem.

3. Beleegyező nyilatkozat tartalma:

NYILATKOZAT AZ EMÉSZTŐRENDSZER FELSŐ SZAKASZÁNAK ENDOSZKÓPOS ULTRAHANG VIZSGÁLATÁHOZ

AZ EMÉSZTŐRENDSZER FELSŐ SZAKASZÁNAK ENDOSZKÓPOS ULTRAHANG VIZSGÁLATÁBA BELEEGYZEM.

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, betegségem gyógyítására, rajtam az emésztőrendszer felső szakaszának endoszkópos ultrahang vizsgálat elvégzése szükséges. Kijelentem, hogy ezen írásbeli tájékoztatót elolvastam (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), a vizsgálat lényegét megértettem és a vizsgálat 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 az emésztőrendszer felső szakaszának endoszkópos ultrahang vizsgálat készítés 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.

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 GASZTROENTEROLÓGIAI PROFIL	FNY1019/2 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat az emésztőrendszer felső szakaszának endoszkópos ultrahang vizsgálatához		Oldalszám: 2/2

Ezúton nyilatkozom, hogy a tájékoztatóban foglaltakat megértettem, további igényelt felvilágosítást megkaptam, az emésztőrendszer felső szakaszának endoszkópos ultrahang 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) 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.

Kelkezés 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.