

DÉL-BUDAI CENTRUMKÓRHÁZ SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT NEUROLÓGIAI ÉS STROKE OSZTÁLY	FNY1022/2 Változat: 3
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyző nyilatkozat a Transcranialis Doppler ultrahang vizsgálathoz halántékcsonton keresztül (terheléses TCD)		Oldalszám: 1/2

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
TRANSCRANIALIS DOPPLER ULTRAHANG VIZSGÁLATHOZ HALÁNTÉKCSONTON
KERESZTÜL (TERHELÉSES TCD)**

1. Beteg¹ neve: **TAJ száma:**

Beküldő diagnózis:

2. Betegtájékoztató tartalma:

Kérjük, figyelmesen olvassa el ezt az ismertetőt, majd beleegyezés esetén saját kezűleg írja alá a végén levő beleegyző nyilatkozatot. A beavatkozás elvégzéséhez szükséges az Ön írásos beleegyezése.

Jelen állapota szükségessé teszi, hogy Önnek a halántékára helyezett szondával ún. transcranialis Doppler (TCD) vizsgálatot végezzünk.

Erre azért van szükség az Ön esetében, hogy a szívpitvarok közötti elválasztó sövényen lévő kóros összeköttetést biztosító hiányt kimutassuk. Az ilyen fejlődési rendellenesség agyi embólia kialakulását segíti elő, s az elváltozás mértéktől függően esetleg további gyógyszeres vagy sebészeti kezelésre lehet szükség.

A vizsgálat célja: az agyi vérkeringési zavar eredetének tisztázása.

A vizsgálat szükségességét kezelőorvosa a TCD-t végző orvossal megbeszélve dönti el, a feltételezett veleszületett szívbetegség kimutatása céljából. A vizsgálat elmaradása esetén mindez nem lehetséges.

A vizsgálat menete: a vizsgálatot megelőzően nem szükséges éheznie, gyógyszereit beveheti. A vizsgálat előtt a kar vénájába tűt helyezünk, melyen keresztül a vizsgálat alatt gyógyszereket adhatunk. A vizsgálat alatt a pulzust és légzést folyamatosan ellenőrizzük. A vizsgálat időtartama kb. 20 perc. A vizsgálatot követően szabad étkezni, folyadékot fogyasztani, napi tevékenységét folytathatja.

A vizsgálat esetleges szövődményei: A vizsgálat alacsony rizikójú, átmeneti vérnyomás emelkedés, vérnyomás- csökkenés előfordulhat.

Jelen formanyomtatvány elolvasását követően, a beteg által feltett kérdések és orvosi válaszok.

- 1. Kérdés:
- Válasz:
- 2. Kérdés:
- Válasz:
- (További kérdések és válaszok esetén pótlap használata szükséges.)
- **3. A beteg kérdést nem tett fel (szükség esetén kérjük „X”-el jelölni, s az üresen hagyott „válasz/kérdés” területet áthúzni!):**

Ezúton kijelentem, hogy a jelen formanyomtatványt megismertem, és az annak maradéktalanul megfelelő tartalmú tájékoztatást a kezelőorvostól megkaptam, melyet megértettem és tudomásul vettem.

3. Beleegyző nyilatkozat tartalma:

**NYILATKOZAT A TRANSCRANIALIS DOPPLER ULTRAHANG VIZSGÁLATHOZ HALÁNTÉKCSONTON
KERESZTÜL (TERHELÉSES TCD)**

A TRANSCRANIALIS DOPPLER ULTRAHANG VIZSGÁLATHOZ HALÁNTÉKCSONTON KERESZTÜL (TERHELÉSES TCD) BELEEGYZEM.

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, betegségem gyógyítására, a Transcranialis Doppler ultrahang vizsgálat halántékcsonton keresztül (terheléses TCD) elvégzése szükséges. Kijelentem, hogy ezen írásbeli tájékoztatást 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 a Transcranialis Doppler ultrahang vizsgálathoz halántékcsonton keresztül (terheléses TCD)

hozzájárulok

nem járulok hozzá.

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

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"

DÉL-BUDAI CENTRUMKÓRHÁZ SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT NEUROLÓGIAI ÉS STROKE OSZTÁLY	FNY1022/2 Változat: 3
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyző nyilatkozat a Transcranialis Doppler ultrahang vizsgálathoz halántékcsonton keresztül (terheléses TCD)		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 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.

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.