

<b>SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>	<b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> ANESZTEZIOLÓGIAI ÉS INTENZÍV TERÁPIÁS OSZTÁLY	<b>FNY1005/7</b>  <b>Változat: 2</b>
<b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat mellkas-csapoláshoz		<b>Oldalszám: 1/2</b>

## BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT MELLKAS-CSAPOLÁSHOZ

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

**Beküldő diagnózis:** .....

### 2. Betegtájékoztató tartalma:

A tervezett beavatkozás során – helyi érzéstelenítésben – a mellhártya két lemeze közötti folyadékgyülem leengedése történik.

A beavatkozás **haszna, előnye**, hogy a beteg légszomja, csökkent terhelhetősége megszűnik, mivel a mellhártyák között felszaporodott folyadék a tüdőt összenyomva akadályozza a légcserét és a tüdő keringését. Szükség esetén a lebocsátott folyadék laboratóriumi vizsgálatával a betegség eredete tisztázható.

**Amennyiben nem** végezzük el a beavatkozást, a légzés további romlása következik be és gépi lélegeztetés válhat szükségessé. Az összenyomott tüdőrésszben gyulladás alakulhat ki. A mellkas-csapolás helyett nagy mennyiségű vízhajtót adhatunk, és gépi lélegeztetést alkalmazhatunk.

A beavatkozás lehetséges ritka **szövődménye**, hogy szakszerű és gyakorlott orvos közreműködése esetén is a belső mellhártya sérülésekor légmell, érsérüléskor vérmell alakulhat ki. A légmell és a vérmell spontán felszívódhat, de lehet, hogy tartós mellúri cső (drenázs) behelyezésére van szükség. Mellúri cső (drenázs) esetén ritkán mellúri gennyedés alakulhat ki, s ez igen-igen ritkán halálhoz vezethet. A szövődmények szakszerű ellátás mellett megelőzhetőek, kezelhetőek.

### 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.)
- **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. Beleegyező nyilatkozat tartalma:

#### NYILATKOZAT A MELLKAS-CSAPOLÁS ELVÉGZÉSÉRŐL

#### A MELLKAS-CSAPOLÁS ELVÉGZÉSÉBE BELEEGYZEM.

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, a megfelelő kezelés megválasztásának érdekében, rajtam mellkas-csapolás elvégzése szükséges. Kijelentem, hogy ezen írásbeli tájékoztatót elolvastam (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), az eljárás lényegét megértettem és az eljárással járó esetleges szövődmények kockázatát vállalom. Felelősséggel kijelentem, hogy tudtommal a szervezetembe pacemakert (szívritmus szabályozót), olyan fémprotézist, vagy más fémanyagot, illetve elektromos árammal működő készüléket (pl.: hallókészülék) nem ültettek be, nem viselek, amely miatt rajtam a mellkas-csapolás 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 ANESZTEZIOLÓGIAI ÉS INTENZÍV TERÁPIÁS OSZTÁLY</b>	<b>FNY1005/7  Változat: 2</b>
<b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat mellkas-csapoláshoz		<b>Oldalszám: 2/2</b>

**Kontrasztanyag adásához:**

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

**Ezúton nyilatkozom, hogy a mellkas-csapoláshoz**

- 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 Adatkezelő Adatkezelési Szabályzatban (<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  
olvashatóan)

.....  
(műtétet/beavatkozást végző  
orvos neve olvashatóan)

.....  
(nyilatkozó személy neve  
olvashatóan)

.....  
(tájékoztató orvos  
aláírása, ph.)

.....  
(műtétet/beavatkozást végző  
orvos aláírása, ph.)

.....  
(nyilatkozó személy  
aláírása)

**A klinikai állapot megítélése szerint jogállása\*:** (Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)

- cselekvőképés beteg, de valamely okból kifolyólag fizikálisan képtelen az aláírásra  
 korlátozottan cselekvőképés beteg       cselekvőképtelen beteg  
 törvényes képviselő       nyilatkozattételre jogosult személy\*\*

.....  
(kezelőorvos neve olvashatóan)

.....  
(tanú neve)

.....  
(tanú neve)

.....  
(kezelőorvos aláírása, orvosi pecsétje)

.....  
(tanú lakcíme)

.....  
(tanú lakcíme)

\*Jogszabály szerint szellemi szintjének megfelelően a cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképés 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.