

|                                                                                          |                                                                                                             |                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>DÉL-BUDAI CENTRUMKÓRHÁZ<br/>SZENT IMRE<br/>EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>                  | <b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS<br/>BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT<br/>ANESZTEZIOLÓGIAI ÉS INTENZÍV<br/>TERÁPIÁS OSZTÁLY</b> | <b>FNY1005/5<br/>2025.03.06.<br/>Változat: 3</b> |
| <b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat ideiglenes pacemaker kezeléshez |                                                                                                             | <b>Oldalszám: 1/2</b>                            |

## BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT IDEIGLENES PACEMAKER KEZELÉSHEZ

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

Beküldő diagnózis: .....

### 2. Betegtájékoztató tartalma:

A tervezett beavatkozás során – helyi érzéstelenítésben – szívközeli nyaki vagy kulcscsont alatti vénákon keresztül, annak megszűrésével ingerlő elektróda bevezetését végezzük a szív jobb kamrájába.

A beavatkozás **haszna, előnye**, hogy **elektromos ingerléssel megfelelő és szükséges szív működés elérése**. A szív saját ingerületvezető rendszerét áthidalva kamraingerléssel olyan frekvencia és pumpafunkció elérése, mely mind az agy, mind az összes szerv számára megfelelő vérátáramlást biztosít.

**Amennyiben nem** helyezzük be az ingerlő elektródát, megfelelő szívfrekvencia és pumpafunkció hiányában bármikor felléphet az eszmélet elvesztése, keringésmegálláshoz vezető kórfolyamat, illetve a szervek alacsony vérátáramlása miatt bármely szerv elégtelensége kialakulhat.

A beavatkozás lehetséges **szövődménye**, hogy szakszerű és gyakorlott orvos közreműködése esetén is, a szűrés helyén, annak közvetlen környezetében ritkán **vérömleny**, valamint **légmell és mellüregi folyadék** keletkezhet. Szakszerű ápolás esetén is az elektróda környezetében, illetve az elektróda mentén **fertőzés** alakulhat ki. Az elektróda felvezetésekor véna, szívizom átfúródás – egyedi szövődményként előfordulhat. Az érintett szívizomzat az elektróda mechanikus ingerlésére ritmuszavarral válaszolhat. Az előbb felsorolt szövődmények igen kis gyakorisággal és valószínűséggel halálosak is lehetnek. A szövődmények szakszerű ellátás mellett megelőzhetőek, felismerhetőek és kezelhetők.

**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 IDEIGLENES PACEMAKER KEZELÉSHEZ

#### AZ IDEIGLENES PACEMAKER KEZELÉSBE BELEEGYEZEM.

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, a megfelelő kezelés megválasztásának érdekében, rajtam ideiglenes pacemaker kezelése 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.

**Ezúton nyilatkozom, hogy az ideiglenes pacemaker kezeléshez**

☐ 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

<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>DÉL-BUDAI CENTRUMKÓRHÁZ<br/>SZENT IMRE<br/>EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>                  | <b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS<br/>BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT<br/>ANESZTEZIOLOGIAI ÉS<br/>INTENZÍV TERÁPIÁS OSZTÁLY</b> | <b>FNY1005/5<br/>2025.03.06.<br/>Változat: 3</b> |
| <b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat ideiglenes pacemaker kezeléshez |                                                                                                             | <b>Oldalszám: 2/2</b>                            |

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.**

Keltezés 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!)**

- |                                                                                                              |                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> cselekvőképes beteg, de valamely okból kifolyólag fizikálisan képtelen az aláírásra |                                                                |
| <input type="checkbox"/> korlátozottan cselekvőképes beteg                                                   | <input type="checkbox"/> cselekvőképtelen beteg                |
| <input type="checkbox"/> törvényes képviselő                                                                 | <input type="checkbox"/> 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 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.