

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT ÉRSEBÉSZETI PROFIL	FNY1012/5 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyző nyilatkozat a medencei verőér egyoldalú elzáródásakor történő beavatkozásokról		Oldalszám: 1/2

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT A MEDENCEI VERŐÉR
EGYOLDALÚ ELZÁRÓDÁSOKOR TÖRTÉNŐ BEAVATKOZÁSOKRÓL**

1. Beteg¹ neve: **TAJ száma:**

Beküldő diagnózis:

2. Tájékoztatás tartalma: Az FNY1012/5-2020.11.23. azonosítószámú **BETEGTÁJÉKOZTATÓ A MEDENCEI VERŐÉR EGYOLDALÚ ELZÁRÓDÁSOKOR TÖRTÉNŐ BEAVATKOZÁSOKRÓL** 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!):

Ezúton kijelentem, hogy Az FNY1012/5-2020.11.23. azonosítószámú **BETEGTÁJÉKOZTATÓ A MEDENCEI VERŐÉR EGYOLDALÚ ELZÁRÓDÁSOKOR TÖRTÉNŐ BEAVATKOZÁSOKRÓL** tárgyú formanyomtatványt megismertem, és az annak maradéktalanul megfelelő tartalmú tájékoztatást a kezelőorvostól megkaptam, melyet megértettem és tudomásul vettem.

3. Beleegyző nyilatkozat tartalma:

**NYILATKOZAT A MEDENCEI VERŐÉR EGYOLDALÚ ELZÁRÓDÁSOKOR TÖRTÉNŐ
BEAVATKOZÁSOKRÓL**

**A MEDENCEI VERŐÉR EGYOLDALÚ ELZÁRÓDÁSOKOR TÖRTÉNŐ BEAVATKOZÁSOK
ELVÉGZÉSÉBE BELEEGYZEM.**

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, a megfelelő kezelés megválasztásának érdekében, rajtam a medencei verőér egyoldalú elzáródásakor történő beavatkozások elvégzése szükséges. Kijelentem, hogy ezen írásbeli tájékoztatót elolvastam (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), a beavatkozás lényegét megértettem és a beavatkozással 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 ültetek be, nem viselek, amely miatt a medencei verőér egyoldalú elzáródásakor történő beavatkozások nem végezhetőek el.

Ezúton nyilatkozom, hogy a kontrasztanyag adásához

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

AMENNYIBEN 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.

Ezúton nyilatkozom, hogy a medencei verőér egyoldalú elzáródásakor történő beavatkozáshoz

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

Ezúton nyilatkozom, hogy amennyiben a fent említett beavatkozások során nem várt körülmény lép fel, úgy a beavatkozás menetének változtatásához, vagy kiterjesztéséhez

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 BELEEGYZŐ NYILATKOZAT ÉRSEBÉSZETI PROFIL	FNY1012/5 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyző nyilatkozat a medencei verőér egyoldalú elzáródásakor történő beavatkozásokról		Oldalszám: 2/2

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 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/felvilágosító orvos neve (műtétet/beavatkozást végző orvos (nyilatkozó személy neve
olvashatóan) neve olvashatóan) olvashatóan)

.....
(tájékoztató/felvilágosító orvos (műtétet/beavatkozást végző orvos (nyilatkozó személy
aláírása, ph.) aláírása, ph.) 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 (tanú neve) (tanú neve)
olvashatóan)

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

*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.