

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT ÉRSEBÉSZETI PROFIL	FNY1012/7 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyző nyilatkozat a művesekezelést előkészítő műtétekhez		Oldalszám: 1/2

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT A MŰVESEKEZELÉST ELŐKÉSZÍTŐ MŰTÉTEKHEZ

1. Beteg¹ neve: **TAJ száma:**

Beküldő diagnózis:

2. Tájékoztató tartalma: Az FNY1012/7-2020.11.23. azonosítószámú BETEGTÁJÉKOZTATÓ A MŰVESEKEZELÉST ELŐKÉSZÍTŐ MŰTÉTEKHEZ tárgyú formanyomtatvány tartalma, majd ennek elolvasását követően, a beteg által feltett kérdések és orvosi válaszok.

- 1. Kérdés: Milyen a jelenlegi egészségi állapotom, milyen betegségben szenvedek?
- Válasz: Veseelégtelenség, művese kezelés szükségessége.
- 2. Kérdés: Milyen gyógymódot, műtétet, beavatkozást javasol az orvos?
- Válasz: A művese kezeléshez szükséges nagy vérhozamú, bőr alatti véna kialakítása műtét úton (shunt vagy fistula műtét).
- 3. Kérdés: Milyen káros következményekkel járhat az, ha nem kerül sor az orvos által javasolt beavatkozásra?
- Válasz: Művese kezelés nem lehetséges, csak műanyag kanülön keresztül.
- 4. Kérdés: Beavatkozás esetén betegségemben milyen változás várható (előny, ill. hátrány)?
- Válasz: Tartós művese kezelés lehetséges.
- 5. Kérdés: A beavatkozásnak lehet-e bizonyos szövődménye (amely gyakori, nem gyakori, előfordulhat) a leggyakoribb ténykedés esetén is.
- Válasz: Sebfertőzés – gyógyulási zavar, bőrideg sérülés, bőr zsibbadás, utóvérzés.
- 6. Kérdés: Milyen érzéstelenítést vagy altatást igényel a tervezett beavatkozás, ezeknek milyen feltételei, előnyei és veszélyei vannak?
- Válasz: Helyi (lokál) érzéstelenítés.
- 7. Kérdés: A fent nevezett beavatkozásnak (műtétnek) alternatív megoldásairól, a kórházunkban nem hozzáférhető egyéb (alternatív) lehetőségekről is?
- Válasz:
- 8. 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!):**

Ézúton kijelentem, hogy Az FNY1012/7-2020.11.23. azonosítószámú BETEGTÁJÉKOZTATÓ A MŰVESEKEZELÉST ELŐKÉSZÍTŐ MŰTÉTEKHEZ tárgyú formanyomtatványt megismertem, és az annak maradéktalanul megfelelő tartalmú tájékoztatást a kezelőorvostól megkaptam, melyet megértettem és tudomásul vettem.

3. Beleegyző nyilatkozat tartalma:

NYILATKOZAT A MŰVESEKEZELÉST ELŐKÉSZÍTŐ MŰTÉTEKHEZ

A MŰVESEKEZELÉST ELŐKÉSZÍTŐ MŰTÉTEK ELVÉGZÉSÉBE BELEEGYZEM.

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, a megfelelő kezelés megválasztásának érdekében, rajtam művesekezelést előkészítő műtétek 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 pacemakert (szívritmus szabályozót), olyan fémprotézist, vagy más fémanyagot, illetve elektromos árammal működő készüléket (pl.: hallókészülék) nem ültettek be, nem viselek, amely miatt a művesekezelést előkészítő műtétek nem végezhetők el.

Ézúton nyilatkozom, hogy a kontrasztanyag adásához

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"

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT ÉRSEBÉSZETI PROFIL	FNY1012/7 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyző nyilatkozat a művesekezést előkészítő műtétetekhez		Oldalszám: 2/2

AMENNYIBEN A KONTRASZTANYAG ADÁSÁBA NEM EGYEZEM 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 művesekezést előkészítő műtétet

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

Ezúton nyilatkozom, hogy az altatáshoz, illetve vezetésének érzéstelenítéséhez

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

Ezúton nyilatkozom, hogy a vértranszfúzió adásához

- 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.

Kelkezés helye, ideje:

..... (tájékoztató orvos neve olvashatóan) (műtétet/beavatkozást végző orvos neve olvashatóan) (nyilatkozó személy neve olvashatóan)
..... (tájékoztató orvos aláírása, orvosi pecsétje) (műtétet/beavatkozást végző orvos aláírása, orvosi pecsétje) (nyilatkozó személy aláírása)
A klinikai állapot megítélése szerint jogállása*:		
(Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)		
<input type="checkbox"/> cselekvőképés beteg, de valamely okból kifolyólag fizikálisan képtelen az aláírásra	<input type="checkbox"/> cselekvőképtelen beteg	
<input type="checkbox"/> korlátozottan cselekvőképés beteg	<input type="checkbox"/> nyilatkozattételre jogosult személy**	
<input type="checkbox"/> törvényes képviselő		
..... (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.