

<b>SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>	<b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT ÉRSEBÉSZETI PROFIL</b>	<b>FNY1012/9</b> <b>Változat: 2</b>
<b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyző nyilatkozat a hasi és/vagy mindkét oldali medencei verőér elzáródások esetén történő beavatkozásokhoz		<b>Oldalszám: 1/2</b>

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT A HASI ÉS/VAGY MINDKÉT OLDALI MEDENCEI VERŐÉR ELZÁRÓDÁSOK ESETÉN TÖRTÉNŐ BEAVATKOZÁSOKHOZ**

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

**Beküldő diagnózis:** .....

**2. Tájékoztató tartalma:** Az FNY1012/9-2020.11.23. azonosítószámú **BETEGTÁJÉKOZTATÓ A HASI ÉS/VAGY MINDKÉT OLDALI MEDENCEI VERŐÉR ELZÁRÓDÁSOK ESETÉN TÖRTÉNŐ BEAVATKOZÁSOKHOZ** 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 FNY1012/9-2020.11.23. azonosítószámú **BETEGTÁJÉKOZTATÓ A HASI ÉS/VAGY MINDKÉT OLDALI MEDENCEI VERŐÉR ELZÁRÓDÁSOK ESETÉN TÖRTÉNŐ BEAVATKOZÁSOKHOZ** tárgyú formanyomtatványt megismertem, és az annak maradéktalanul megfelelő tartalmú tájékoztatást a kezelőorvostól megkaptam, melyet megértettem és tudomásul vettem.

**3. Beleegyző nyilatkozat tartalma:**

**NYILATKOZAT A HASI ÉS/VAGY MINDKÉT OLDALI MEDENCEI VERŐÉR-ELZÁRÓDÁSOK ESETÉN TÖRTÉNŐ BEAVATKOZÁSOKHOZ**

**A HASI ÉS/VAGY MINDKÉT OLDALI MEDENCEI VERŐÉR-ELZÁRÓDÁSOK ESETÉN TÖRTÉNŐ BEAVATKOZÁSOK ELVÉGZÉSÉBE BELEEGYZEM.**

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, a megfelelő kezelés megválasztásának érdekében, rajtam a hasi és/vagy mindkét oldali medencei verőér-elzáródások esetén 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 ültettek be, nem viselek, amely miatt a hasi és/vagy mindkét oldali medencei verőér-elzáródások esetén 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 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 hasi és/vagy mindkét oldali medencei verőér elzáródások esetén történő beavatkozáshoz**

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

<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 BELEEGYZŐ NYILATKOZAT ÉRSEBÉSZETI PROFIL</b>	<b>FNY1012/9</b> <b>Változat: 2</b>
<b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és bejegyző nyilatkozat a hasi és/vagy mindkét oldali medencei verőér elzáródások esetén történő beavatkozásokhoz		<b>Oldalszám: 2/2</b>

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

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 kezelésemben 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 Infótörvény, 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: .....**

..... <b>(tájékoztató orvos neve olvashatóan)</b>	..... <b>(műtétet/beavatkozást végző orvos neve olvashatóan)</b>	..... <b>(nyilatkozó személy neve olvashatóan)</b>
..... <b>(tájékoztató orvos aláírása, orvosi pecsétje)</b>	..... <b>(műtétet/beavatkozást végző orvos aláírása, orvosi pecsétje)</b>	..... <b>(nyilatkozó személy aláírása)</b>

**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"/> cselekvőképtelen beteg                |
| <input type="checkbox"/> korlátozottan cselekvőképes beteg   | <input type="checkbox"/> nyilatkozattételre jogosult személy** |
| <input type="checkbox"/> törvényes képviselő   |  |

..... <b>(kezelőorvos neve olvashatóan)</b>	..... <b>(tanú neve)</b>	..... <b>(tanú neve)</b>
..... <b>(kezelőorvos aláírása, orvosi pecsétje)</b>	..... <b>(tanú lakcíme)</b>	..... <b>(tanú lakcíme)</b>

\*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.