

| | | |
|--|---|--|
| SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ | BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT FÜL-ORR-GÉGÉSZETI PROFIL | FNY1010/5 Változat: 3 |
| Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat a krónikus középfülgyulladás műtéti megoldásához (Mastoidectomy, antroatticotomia, myringoplastica, radicalis fülműtét) | | Oldalszám: 1/2 |

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
A KRÓNIKUS KÖZÉPFÜLGYULLADÁS MŰTÉTI MEGOLDÁSÁHOZ (MASTOIDECTOMIA,
ANTROATTICOTOMIA, MYRINGOPLASTICA, RADICALIS FÜLMŰTÉT)**

1. Beteg¹ neve: **TAJ száma:**

Beküldő diagnózis:

.....

2. Tájékoztató tartalma: Az FNY1010/5-2020.11.11. azonosítószámú **BETEGTÁJÉKOZTATÓ A KRÓNIKUS KÖZÉPFÜLGYULLADÁS MŰTÉTI MEGOLDÁSÁHOZ (MASTOIDECTOMIA, ANTROATTICOTOMIA, MYRINGOPLASTICA, RADICALIS FÜLMŰTÉT)** 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 FNY1010/5-2020.11.11. azonosítószámú **BETEGTÁJÉKOZTATÓ A KRÓNIKUS KÖZÉPFÜLGYULLADÁS MŰTÉTI MEGOLDÁSÁHOZ (MASTOIDECTOMIA, ANTROATTICOTOMIA, MYRINGOPLASTICA, RADICALIS FÜLMŰTÉT)** tárgyú formanyomtatványt megismerhettem, és az annak maradéktalanul megfelelő tartalmú tájékoztatót a kezelőorvostól megkaptam, melyet megérttem és tudomásul vettem.

3. Beleegyező nyilatkozat tartalma:

NYILATKOZAT A KRÓNIKUS KÖZÉPFÜLGYULLADÁS MŰTÉTI MEGOLDÁSÁNAK (Mastoidectomy, antroatticotomia, myringoplastica, radicalis fülműtét) ELVÉGZÉSÉRŐL

A KRÓNIKUS KÖZÉPFÜLGYULLADÁS MŰTÉTI MEGOLDÁSÁNAK (Mastoidectomy, antroatticotomia, myringoplastica, radicalis fülműtét) ELVÉGZÉSÉBE BELEEGYZEM.

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, betegségem gyógyítására, rajtam a krónikus középfülgyulladás műtéti megoldásának (Mastoidectomy, antroatticotomia, myringoplastica, radicalis fülműtét) elvégzése szükséges. Kijelentem, hogy ezen írásbeli tájékoztatót elolvastam (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), a vizsgálat lényegét megérttem és a vizsgálatlal 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 krónikus középfülgyulladás műtéti megoldása (Mastoidectomy, antroatticotomia, myringoplastica, radicalis fülműtét) nem végezhető el.

Ezúton nyilatkozom, hogy a tájékoztatóban foglaltakat megérttem, további igényelt felvilágosítást megkaptam, a krónikus középfülgyulladás műtéti megoldásának elvégzéséhez

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 BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT FÜL-ORR-GÉGÉSZETI PROFIL | FNY1010/5 Változat: 3 |
| Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat a krónikus középfülgyulladás műtéti megoldásához (Mastoidectomia, antroatticotomia, myringoplastica, radicalis fülműtét) | | Oldalszám: 2/2 |

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 az Adatkezelő Adatvédelmi és adatbiztonsági szabályzatában (<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)

.....
(nyilatkozó személy neve olvashatóan)

.....
(tájékoztató orvos aláírása, orvosi pecsétje)

.....
(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"/> cselekvőképtelen beteg |
| <input type="checkbox"/> korlátozottan cselekvőképes 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 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.