

<b>DÉL-BUDAI CENTRUMKÓRHÁZ SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>	<b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT SZEMÉSZETI PROFIL</b>	<b>FNY1009/8 Változat: 3</b>
<b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat a szemhéj faggyúmirigy-gyulladásának műtéti úton történő gyógyításához (Excochleatio chalaz. O.D. O.S.)		<b>Oldalszám:</b> 1/2

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT A SZEMHÉJ FAGGYÚMIRIGY  
GYULLADÁSÁNAK MŰTÉTI ÚTON TÖRTÉNŐ GYÓGYÍTÁSÁHOZ  
(Excochleatio chalaz. O.D. O.S.)**

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

**Beküldő diagnózis:** .....

**2. Betegtájékoztató tartalma:**

**Tisztelt Betegünk!**

**Beavatkozásával kapcsolatban az alábbi általános kérdésekről szeretnénk tájékoztatni:**

- 1. Kérdés: Milyen a jelenlegi egészségi állapotom, milyen betegségben szenvedek?
- Válasz: A szemhéj faggyúmirigyeinek gyulladása, mely csak műtéttel gyógyítható.
- 2. Kérdés: Milyen gyógymódot, műtétet, beavatkozást javasol az orvos?
- Válasz: Külső jégárpánál bőrmetszés, a belső jégárpánál kötőhártyametszést alkalmazunk, majd egy erre alkalmas kanállal az árpa kocsonyás tartalmát és az azt termelő tokot eltávolítjuk. A beavatkozás után a műtött szemet bekötjük, mely másnap reggel távolítható el és antibiotikum szemcsepp vagy kenőcs használata javasolt 5 napig.
- 3. Kérdés: Milyen káros következményekkel járhat az, ha nem kerül sor az orvos által javasolt beavatkozásra?
- Válasz: A duzzanat tovább nőhet, a gyulladás ismét fellángolhat.
- 4. Kérdés: Beavatkozás esetén betegségemben milyen változás várható (előny, ill. hátrány)?
- Válasz: Gyógyulás.
- 5. Kérdés: A beavatkozásnak lehet – e bizonyos szövődménye a legmondosabb ténykedés esetén is?
- Válasz: Vérzés, gyulladás, véraláfutás, szaruhártya hámsiány, szaruhártya gyulladás, kiújulás.
- 6. Kérdés: Milyen érzéstelenítést vagy altatást igényel a tervezett beavatkozás, ezeknek milyen feltételei, előnyei és veszélyei vannak?
- Válasz: helyi érzéstelenítés, szemcsepp + injekció a szemhéj bőre alá. (vérzés, a környező bőrterületek alávérzése, műtéti terület gyulladása, az érzéstelenítővel szembeni allergia, mely csalánkiütést, köhögést, viszketést, ritkábban fulladást, extrém ritkán halált okozhat.)(Műtét utáni kettős látás.)
- 7. Kérdés: A fent nevezett beavatkozásnak (műtétnek) alternatív megoldásairól, a kórházunkban nem hozzáférhető egyéb (alternatív) lehetőségekről is?
- Válasz: Jelenleg nem ismert.

**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.)

- **3. A beteg kérdést nem tett fel (szükség esetén kérjük „X”-el jelölni, s az üresen hagyott „válasz/kérdés” területet áthúzni!):**

**Ezúton kijelentem, hogy jelen formanyomtatványt megismertem, és az annak maradéktalanul megfelelő tartalmú tájékoztatást a kezelőorvostól megkaptam, melyet megértettem és tudomásul vettem.**

**3. Beleegyező nyilatkozat tartalma:**

**NYILATKOZAT A SZEMHÉJ FAGGYÚMIRIGY-GYULLADÁSÁNAK MŰTÉTI ÚTON TÖRTÉNŐ  
GYÓGYÍTÁSÁRÓL (EXCOCHLEATIO CHALAZ. O.D. O.S.)**

**A SZEMHÉJ FAGGYÚMIRIGY-GYULLADÁSÁNAK MŰTÉTI ÚTON TÖRTÉNŐ GYÓGYÍTÁSÁBA  
(EXCOCHLEATIO CHALAZ. O.D. O.S.) BELEEGYEZEM.**

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, betegségem gyógyítására, rajtam a szemhéj faggyúmirigy-gyulladásának műtéti úton történő gyógyítása (excochleatio chalaz. O.D. O.S.) szükséges. Kijelentem, hogy

<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 SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>	<b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT SZEMÉSZETI PROFIL</b>	<b>FNY1009/8</b> <b>Változat: 3</b>
<b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat a szemhéj faggyúmirigy-gyulladásának műtéti úton történő gyógyításához (Excochleatio chalaz. O.D. O.S.)		<b>Oldalszám: 2/2</b>

ezen írásbeli tájékoztatót elolvastam (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), a vizsgálat lényegét megértettem és a vizsgálatmal járó esetleges szövődmények kockázatát vállalom.

**Ezúton nyilatkozom, hogy a szemhéj faggyúmirigy-gyulladásának műtéti úton történő gyógyításához (excochleatio chalaz. O.D. O.S.)**

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, állapotban 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.**

**Kelzés helye, ideje:** .....

.....  
(tájékoztató/felvilágosító orvos  
neve olvashatóan)

.....  
(beavatkozást végző orvos  
neve olvashatóan)

.....  
(nyilatkozó személy neve  
olvashatóan)

.....  
(tájékoztató/felvilágosító orvos  
aláírása, ph.)

.....  
(műtétet/beavatkozást végző  
orvos aláírása, ph.)

.....  
(nyilatkozó személy aláírása)

**A klinikai állapot megítélése szerint jogállása\*:**

- cselekvőképés beteg, de valamely okból kifolyólag fizikálisan képtelen az aláírásra  
 korlátozottan cselekvőképés beteg  cselekvőképtelen beteg  
 törvényes képviselő  nyilatkozattételre jogosult személy\*\* (Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)

.....  
(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.