

<b>DÉL-BUDAI CENTRUMKÓRHÁZ SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>	<b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT SZEMÉSZETI PROFIL</b>	<b>FNY1009/19 Változat: 3</b>
<b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyző nyilatkozat a szürkehályog ultrahangos módszerrel és műlencse beültetéssel történő eltávolításához		<b>Oldalszám:</b> 1/3

## BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT A SZÜRKEHÁLYOG ULTRAHANGOS MÓDSZERREL ÉS MŰLENCSE BEÜLTETÉSEL TÖRTÉNŐ ELTÁVOLÍTÁSÁHOZ

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

**Beküldő diagnózis:** .....

### 2. Betegtájékoztató tartalma:

- 1. Kérdés: Milyen a jelenlegi egészségi állapotom, milyen betegségben szenvedek?  
Válasz: Szürkehályog.
- 2. Kérdés: Milyen gyógymódot, műtétet, beavatkozást javasol az orvos?  
Válasz: Az elszürkült lencse eltávolítása, műlencse beültetése.
- 3. Kérdés: Milyen káros következményekkel járhat az, ha nem kerül sor az orvos által javasolt beavatkozásra?  
Válasz: A látás fokozatos romlása, vakság, túlrett hályog esetében másodlagos zöldhályog.
- 4. Kérdés: Beavatkozás esetén betegségemben milyen változás várható (előny, illetve hátrány)?  
Válasz: A látásjavulás, olyan mértékű, amennyit a szürkehályog okoz; a szem más betegsége által előidézett látáspanazon vagy egyéb tüneten nem javít; a szemszárazság (szűrő érzés, idegentest érzés, könnyezés) rosszabbodhat.
- 5. Kérdés: A beavatkozásnak lehet-e bizonyos szövődménye (amely gyakori, nem gyakori, előfordulhat) a leggyakoribb ténykedés esetén is?  
Válasz: Vérzés, gyulladás, gennyes belső szemgyulladás, lencsetok-szakadás, lencserészek üvegtestbe süllyedése, szaruhártya-homályosság, másodlagos szemnyomás-emelkedés, melyek leggyakrabban átmeneti jellegűek, ritkábban elhúzódhatnak, vagy véglegessé válhatnak; ritkán: sebszétválás, reoperáció, utóhályog képződés, lencse és műlencse helyváltozása, ideghártya-vizenyő, ideghártya-leválás, látásromlás, extrém ritkán: megvakulás, a szemgolyó eltávolítása; (bizonyos szövődmények szükségessé tesznek további beavatkozásokat) Túlrett hályog vagy egyéb társbetegség esetén a műtéti kockázat fokozott, a sebgyógyulás elhúzódóbb.
- 6. Kérdés: Milyen érzéstelenítést vagy altatást igényel a tervezett beavatkozás, ezeknek milyen feltételei, előnyei és veszélyei vannak?  
Válasz: helyi: Általában szemcsepp, ritkán érzéstelenítő injekció, szövődmények: szemgolyó-, látóideg- és szemizom-sérülés, látásromlást, átmeneti vagy tartós kettős látás, vérzés, a környező bőrterületek alávérezése, az érzéstelenítővel szembeni allergia, mely csalánkiütést, köhögést, viszketést, ritkábban fulladást, extrém ritkán halált okozhat. A fájdalomküszöb egyéni eltérése miatt a műtét közben érzett kényelmetlenség lehet kisebb vagy nagyobb. A műtét súlyos szív frekvencia csökkenést (vagotónia) okozhat, amely extrém ritka esetben halálhoz vezethet.
- 7. Kérdés: A fent nevezett beavatkozásnak (műtétnek) alternatív megoldásairól, a kórházunkban nem hozzáférhető egyéb (alternatív) lehetőségekről is?  
Válasz: Jelenleg nem ismert.

Az elszürkült lencse eltávolítása után annak helyére, dioptriájának pótlására műlencsét ültetünk be. A beültetett műlencse dioptriáját a gép a szaruhártya görbületének és a szem hosszának mérése után tapasztalati alapon összeállított képlettel számolja ki, mivel a szem egyéni sajátosságai (rövidlátás, távollátás, asztigmatizmus, elülsőcsarnok-mélység, lencse helyzete) miatt a műlencse végleges helyzete biztosan nem tudható. Ez a műlencsetervezés pontosságát olyan mértékben csökkenti, hogy a két szem között jelentős dioptriakülönbség alakulhat ki. A végleges fénytörés a tervezetthez képest az esetek 90 %-ában +/- 1 dioptrián belül van. Ritkán fordul elő, hogy a műtét után a tervezetthez képest sokkal nagyobb dioptrájú szemüvegre van szükség. Ilyen esetekben a műlencse cseréjére is szükség lehet.

A szükséges adatokat modern mérőműszerek segítségével mérjük. Az Ön esetében a szaruhártyán korábban végzett dioptriájavitó szaruhártya-beavatkozás (RK, PRK, LASIK, LTK stb.) következtében a szürkehályog-elleni műtéthez szükséges lencsetervezés nehezebbé válik. A lencsetervezés pontossága olyan nagymértékben csökkenhet, hogy akár +/- 1 dioptriát jóval meghaladó eltérés is előfordulhat a tervezett (beültetni kívánt) lencse

<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 BELEEGYZŐ NYILATKOZAT SZEMÉSZETI PROFIL</b>	<b>FNY1009/19</b>
<b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyző nyilatkozat a szürkehályog ultrahangos módszerrel és műlencse beültetéssel történő eltávolításához		<b>Változat: 3</b>
		<b>Oldalszám: 2/3</b>

dioptriához képest. Ilyen esetekben a lencsetervezés pontossága nem garantálható! A fentiek tudomásul vétele és elfogadása esetén tudjuk elvégezni a szürkehályog-elleni műtétet.

**Egyfókuszú** műlencsénél a dioptria megválasztható egyéni igények alapján:

- **távolra szeretne jól látni**, csak közelre, olvasáshoz szeretne szemüveget hordani,
- **középtávra szeretne jól látni**, TV-nézéshez és olvasáshoz szüksége lesz szemüvegre,
- **közlekedéshez szeretne jól látni szemüveg nélkül**, viszont akkor távolba nézéshez, közlekedéshez lesz szüksége szemüvegre.

**Többfókuszú** műlencsék esetén az esetek 70 %-ában sem közelre, sem távolra nem kell szemüveg. Az államilag finanszírozott műtétek esetén is az ilyen lencsék külön térítés ellenében igényelhetők, melyek árát (200-300 ezer Ft/db, azaz a kétszemre 400-600 ezer Ft) előre kell kifizetni a forgalmazó cégnek. Ezen lencsék beszerzése két hónapot is igénybe vehet.

**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. Beleegyző nyilatkozat tartalma:**

#### **NYILATKOZAT A SZÜRKEHÁLYOG ULTRAHANGOS MÓDSZERREL ÉS MŰLENCSE BEÜLTETÉSEL TÖRTÉNŐ ELTÁVOLÍTÁSÁRÓL**

#### **A SZÜRKEHÁLYOG ULTRAHANGOS MÓDSZERREL ÉS MŰLENCSE BEÜLTETÉSEL TÖRTÉNŐ ELTÁVOLÍTÁSÁBA BELEEGYZEM.**

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, betegségem gyógyítására, a szürkehályog ultrahangos módszerrel és műlencse beültetéssel történő eltávolítása szükséges. Kijelentem, hogy ezen írásbeli tájékoztatót elolvastam (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), a vizsgálat lényegét megértettem és a vizsgálattal járó esetleges szövődmények kockázatát vállalom.

**Ezúton nyilatkozom, hogy a szürkehályog ultrahangos módszerrel és műlencse beültetéssel történő eltávolításához**

- hozzájárok**                       **nem járok 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](http://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/adatkezelesizabalyzat.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

<b>DÉL-BUDAI CENTRUMKÓRHÁZ SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>	<b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT SZEMÉSZETI PROFIL</b>	<b>FNY1009/19</b> <b>Változat: 3</b>
<b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat a szürkehályog ultrahangos módszerrel és műlencse beültetéssel történő eltávolításához		<b>Oldalszám: 3/3</b>

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 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\*:**

- 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 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.