

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>SZENT IMRE<br/>EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>   | <b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS<br/>BELEEGYZŐ NYILATKOZAT<br/>SZEMÉSZETI PROFIL</b> | <b>FNY1009/7</b><br><b>Változat: 2</b> |
| <b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyző nyilatkozat a Pars plana vitrectomia + retinopexia gáz- vagy szükség esetén szilikonolaj beültetéshez O.D. O.S. |  | <b>Oldalszám: 1/2</b>                  |

## **BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT A PARS PLANA VITRECTOMIA + RETINOPEXIA GÁZ- VAGY SZÜKSÉG ESETÉN SZILIKONOLAJ BEÜLTETÉSHEZ O.D. O.S.**

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

**Beküldő diagnózis:** .....

### **2. Betegtájékoztató tartalma:**

- **1. Kérdés:** Milyen a jelenlegi egészségi állapotom, milyen betegségben szenvedek?
- **Válasz:** Ideghártya leválás
- **2. Kérdés:** Milyen gyógymódot, műtétet, beavatkozást javasol az orvos?
- **Válasz:** Pars plana vitrectomia + reinopexia gáz- vagy szükség esetén szilikonolaj beültetés.
- **3. Kérdés:** Milyen káros következményekkel járhat az, ha nem kerül sor az orvos által javasolt beavatkozásra?
- **Válasz:** Látás fokozatos romlása, végül biztos vakság.
- **4. Kérdés:** Beavatkozás esetén betegségemben milyen változás várható (előny, ill. hátrány)?
- **Válasz:** A biztos látásvesztés megállítása, további romlás megállítása, a látás esetleges konzerválása, javítása. A betegség eredetéből adódóan a reoperáció nem szövődményt jelent. A műtét alatt észlelt anatómiai viszonyok alapján dől el, hogy gáz vagy szilikonolaj beültetés válik szükségessé, mely további beavatkozást igényelhet. Előfordulhat, hogy a műtét során lencsecserére is sor kerül.
- **5. Kérdés:** A beavatkozásnak lehet – e bizonyos szövődménye (amely gyakori, nem gyakori, előfordulhat) a leggyondosabb ténykedés esetén is?
- **Válasz:** Vérzés, gyulladás, gennyes belső szemgyulladás, szaruhártya elszürkülése, másodlagos szemnyomás emelkedés, ritkán sebszétválás, szürke hályog képződése, utóhályog kialakulás, lencse vagy műlencse helyváltozása, ideghártya-vizenyő vagy -leválás, melyek látásromlást, megvakulást okozhatnak, ismételt műtétet, esetleg a szemgolyó eltávolítását tehetik szükségessé
- **6. Kérdés:** Milyen érzéstelenítést vagy altatást igényel a tervezett beavatkozás, ezeknek milyen feltételei, előnyei és veszélyei vannak?
- **Válasz:** Helyi: szemgolyó mellé-mögé adott érzéstelenítő injekció, majd a szem nyomás alá helyezése (oculopresszió)  
Szemgolyó érintőleges, vagy áthatoló sérülése, látóideg-sérülés, mely látásvesztést okozhat. Szemizom sérülés, mely átmeneti vagy tartós kettős látást okozhat, vérzés, a környező bőrterületek alávérzése, 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 szem megnyomása súlyos szív frekvencia csökkenést (vagotónia) okozhat, amely extrém ritka esetben halálhoz vezethet.
- **7. Kérdés:** A fent nevezett beavatkozásnak (műtétnek) alternatív megoldásai, a kórházunkban nem hozzáférhető egyéb (alternatív) lehetőségei?
- **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.**

<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<br/>EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>   | <b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS<br/>BELEEGYZŐ NYILATKOZAT<br/>SZEMÉSZETI PROFIL</b> | <b>FNY1009/7<br/>Változat: 2</b> |
| <b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyző nyilatkozat a Pars plana vitrectomia + retinopexia gáz- vagy szükség esetén szilikonolaj beültetéshez O.D. O.S. |  | <b>Oldalszám: 2/2</b>            |

### 3. Beleegyző nyilatkozat tartalma:

#### NYILATKOZAT A PARS PLANA VITRECTOMIA + RETINOPEXIA GÁZ- VAGY SZÜKSÉG ESETÉN SZILIKONOLAJ BEÜLTETÉSÉRŐL O.D. O.S.

#### A PARS PLANA VITRECTOMIA + RETINOPEXIA GÁZ- VAGY SZÜKSÉG ESETÉN SZILIKONOLAJ BEÜLTETÉSÉBE O.D. O.S. BELEEGYZEM.

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, betegségem gyógyítására, rajtam a Pars plana vitrectomia + retinopexia gáz- vagy szükség esetén szilikonolaj beültetés O.D. O.S. 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. 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 rajtam a Pars plana vitrectomia + retinopexia gáz- vagy szükség esetén szilikonolaj beültetés O.D. O.S. nem végezhető el.

#### **Ezúton nyilatkozom, hogy a Pars plana vitrectomia + retinopexia gáz- vagy szükség esetén szilikonolaj beültetéshez 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, 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/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.**

**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.