

<b>SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>	<b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT SZEMÉSZETI PROFIL</b>	<b>FNY1009/20</b> <b>Változat: 2</b>
<b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat a perforáló keratoplasztikához O.D. O.S.		<b>Oldalszám: 1/2</b>

## BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT A PERFORÁLÓ KERATOPLASZTIKÁHOZ

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

Beküldő diagnózis: .....

### 2. Betegtájékoztató tartalma:

- 1. Kérdés: Milyen a jelenlegi egészségi állapotom, milyen betegségben szenvedek?
- Válasz: Szaruhártya átlátszatlansága.
- 2. Kérdés: Milyen gyógymódot, műtétet, beavatkozást javasol az orvos?
- Válasz: A perforáló keratoplasztika műtétet.
- 3. Kérdés: Milyen káros következményekkel járhat az, ha nem kerül sor az orvos által javasolt beavatkozásra?
- Válasz: A gyenge látás állandósulása, esetleg további romlása, továbbá másodlagos zöldhályog kialakulása, szemfájdalmasság.
- 4. Kérdés: Beavatkozás esetén betegségemben milyen változás várható (előny, illetve hátrány)?
- Válasz: A biztos látásvesztés megállítása, további romlás megállítása, a látás esetleges konzerválása, javítása. A betegség eredetéből adódóan a reoperáció nem szövődményt jelent. Előfordulhat, hogy a műtét során lencsecserére is sor kerül.
- 5. Kérdés: A beavatkozásnak lehet-e bizonyos szövődménye (amely gyakori, nem gyakori, előfordulhat) a leggyakoribb ténykedés esetén is?
- Válasz: Retinasérülés, 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, extrém dioptria-eltérés és cornea egyenetlenség, expulsív vérzés, mely során a szemgolyó belső szövetei maradandóan károsodnak, extrém esetben a vérzés miatt a seben át távoznak, teljes vakságot okozva, varratok okozta szűrő érzés.
- 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 megoldásairól, a kórházunkban nem hozzáférhető egyéb (alternatív) lehetőségekről is?
- Válasz:

### 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 EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>	<b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT SZEMÉSZETI PROFIL</b>	<b>FNY1009/20</b> <b>Változat: 2</b>
<b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat a perforáló keratoplasztikához O.D. O.S.		<b>Oldalszám: 2/2</b>

### 3. Beleegyező nyilatkozat tartalma:

#### NYILATKOZAT A PERFORÁLÓ KERATOPLASZTIKÁRÓL

##### A PERFORÁLÓ KERATOPLASZTIKÁBA BELEEGYZEM.

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, betegségem gyógyítására, a perforáló keratoplasztika elvégzése szükséges. Kijelentem, hogy ezen írásbeli tájékoztatót elolvastam (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), a vizsgálat lényegét megértettem és a vizsgálatmal 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 perforáló keratoplasztika nem végezhető el.

##### Ezúton nyilatkozom, hogy a perforáló keratoplasztikához

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\*:

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.