

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT KÉPALKOTÓ DIAGNOSZTIKAI OSZTÁLY	FN Y1028/13 Változat: 3
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat őrszem (sentinel) nyirokcsomó izotóp vizsgálatához		Oldalszám: 1/2

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT ŐRSZEM (SENTINEL) NYIROKCSOMÓ IZOTÓP VIZSGÁLATHOZ

1. Beteg¹ neve: TAJ száma:
Telefonszáma: Beküldő diagnózis:

2. Tájékoztatás tartalma: Az FN Y1028/13-2020.06.08. azonosítószámú BETEGTÁJÉKOZTATÓ ŐRSZEM (SENTINEL) NYIROKCSOMÓ IZOTÓP VIZSGÁLATHOZ 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 FN Y1028/13-2020.06.08. azonosítószámú BETEGTÁJÉKOZTATÓ ŐRSZEM (SENTINEL) NYIROKCSOMÓ IZOTÓP VIZSGÁLATHOZ tárgyú formanyomtatványt megismertem, és az annak maradéktalanul megfelelő tartalmú tájékoztatást a kezelőorvostól megkaptam, melyet megértettem és tudomásul vettem.

3. Beleegyező nyilatkozat tartalma:

NYILATKOZAT AZ ŐRSZEM SENTINEL NYIROKCSOMÓ IZOTÓP VIZSGÁLAT ELVÉGZÉSÉRŐL

AZ ŐRSZEM SENTINEL NYIROKCSOMÓ IZOTÓP VIZSGÁLATBA BELEEGYEZEM.

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, betegségem pontos tisztázására, valamint a megfelelő kezelés megválasztásának érdekében, rajtam őrszem sentinel nyirokcsomó izotóp vizsgálat elvégzése 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 tájékoztatóban foglaltakat megértettem, további igényelt felvilágosítást megkaptam, az ŐRSZEM SENTINEL NYIROKCSOMÓ IZOTÓP VIZSGÁLAT elvégzéséhez

☐ hozzájárulok ☐ nem járulok hozzá. (Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)

Tájékoztatottak 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. Tájékoztatottak továbbá, hogy az egészségügyi adataimhoz eleve korlátozott a hozzáférés, alapállapotban csak a kezelőorvosom vagy a kezelésemben 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.

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 KÉPALKOTÓ DIAGNOSZTIKAI OSZTÁLY	FNY1028/13 Változat: 3
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat őrszem (sentinel) nyirokcsomó izotóp vizsgálatához		Oldalszám: 2/2

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 orvos neve
nyomtatott betűkkel)

.....
(nyilatkozó személy neve
nyomtatott betűkkel)

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

.....
(nyilatkozó személy
aláírása)

A klinikai állapot megítélése szerint jogállása*:

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

.....
(kezelőorvos neve
nyomtatott betűkkel)

.....
(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.