

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT KÉPALKOTÓ DIAGNOSZTIKAI OSZTÁLY	FNY1028/22 Változat: 4
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat angiográfiához/transarteriális tumorterápiához		Oldalszám: 1/2

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT ANGIOGRÁFIÁHOZ/TRANSARTERIÁLIS TUMORTERÁPIÁHOZ

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

2. Tájékoztatás tartalma: Az FNY1028/22-2020.06.04. azonosítószámú **BETEGTÁJÉKOZTATÓ
ANGIOGRÁFIÁHOZ/TRANSARTERIÁLIS TUMORTERÁPIÁHOZ** 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 FNY1028/22-2020.06.04. azonosítószámú **BETEGTÁJÉKOZTATÓ
ANGIOGRÁFIÁHOZ/TRANSARTERIÁLIS TUMORTERÁPIÁHOZ** tárgyú formanyomtatványt
megismertem, és az annak maradéktalanul megfelelő tartalmú tájékoztatást a kezelőorvostól
megkaptam, melyet megértettem és tudomásul vettem.

3. Beleegyező nyilatkozat tartalma: **NYILATKOZAT ANGIOGRÁFIA/TRANSARTERIÁLIS TUMORTERÁPIA ELVÉGZÉSÉRŐL AZ ANGIOGRÁFIÁBA/TRANSARTERIÁLIS TUMORTERÁPIÁBA BELEEGYEZEM.**

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, betegségem gyógyításához angiográfia/
transarteriális tumorterápia kezelés 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 angiográfiához/transarteriális tumorterápiához**

☐ **hozzájárok** ☐ **nem járlok hozzá.** **(Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)**

Tájékoztatott 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. Tájékoztatott 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) 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	FNY1028/22 Változat: 4
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat angiográfiához/transarteriális tumorterápiához		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.