

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT BŐRGYÓGYÁSZAT/REUMATOLÓGIA	FNY1042/1 Változat: 1
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat bőrgyógyászati/reumatológiai beavatkozásokhoz		Oldalszám: 1/2

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT
BŐRGYÓGYÁSZATI/REUMATOLÓGIAI BEAVATKOZÁSOKHOZ**

1. Beteg¹ neve: **TAJ száma:**

Beküldő diagnózis:

2. Betegtájékoztató tartalma:

Jelen formanyomtatvány elolvasását követően, a beteg által feltett kérdések és orvosi válaszok.

- 1. Kérdés: milyen a jelenlegi egészségi állapotom milyen betegségben szenvedek, nevezetesen:
Válasz:
- 2. Kérdés: milyen gyógymódot, műtétet, beavatkozást javasol az orvos, nevezetesen:
Válasz:
- 3. Kérdés: milyen káros következményekkel járhat az, ha nem kerül sor az orvos által javasolt beavatkozásokra, nevezetesen:
Válasz:
- 4. Kérdés: beavatkozás esetén betegségemben milyen változás várható (előny, ill. hátrány), nevezetesen:
Válasz:
- 5. Kérdés: a beavatkozásnak lehet-e bizonyos szövödménye (amely gyakori, nem gyakori, előfordulhat) a leggondosabb ténykedés esetén is, nevezetesen:
Válasz:
- 6. Kérdés: milyen érzéstelenítést, vagy altatást igényel a tervezett beavatkozás, ezeknek milyen feltételei, előnyei és veszélyei vannak, nevezetesen:
Válasz:
- 7. Kérdés: a fent nevezett beavatkozásnak (műtétnek) alternatív megoldásairól, a kórházunkban nem hozzáférhető egyéb (alternatív) lehetőségekről is, nevezetesen:
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 a jelen formanyomtatványt megismertem, és az annak maradéktalanul megfelelő tartalmú tájékoztatást a kezelőorvostól megkaptam, melyet megértettem és tudomásul vettem.

3. Beleegyező nyilatkozat tartalma:

NYILATKOZAT A BŐRGYÓGYÁSZATI/REUMATOLÓGIAI BEAVATKOZÁSOKRÓL

A BŐRGYÓGYÁSZATI/REUMATOLÓGIAI BEAVATKOZÁSOK ELVÉGZÉSÉBE BELEEGYEZEM.

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, a megfelelő kezelés megválasztásának érdekében, rajtam bőrgyógyászati/reumatológiai beavatkozások elvégzése szükséges. Kijelentem, hogy ezen írásbeli tájékoztatót elolvastam (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), a beavatkozás lényegét megértettem és a beavatkozással járó esetleges szövödmények 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 a bőrgyógyászati/reumatológiai beavatkozások nem végezhetők el.

Ezúton nyilatkozom, hogy a bőrgyógyászati/reumatológiai beavatkozásokhoz

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

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 BŐRGYÓGYÁSZAT/REUMATOLÓGIA	FNY1042/1 Változat: 1
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat bőrgyógyászati/reumatológiai beavatkozásokhoz		Oldalszám: 2/2

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) vagy személyesen ügyintézés keretében bármely Kormányablaknál.

Jelen nyilatkozatom alapján a személyes adatok jogosultja ezennel visszavonásig hozzájárulok ahhoz, hogy Adatkezelő Adatkezelési Szabályzatban (<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 olvashatóan)

.....
(nyilatkozó személy neve olvashatóan)

.....
(tájékoztató 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.