

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT ANESZTEZIOLÓGIAI ÉS INTENZÍV TERÁPIÁS OSZTÁLY	FNY1005/9 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat műtéti érzéstelenítésre vonatkozó szülői/gondnoki nyilatkozathoz		Oldalszám: 1/3

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
MŰTÉTI ÉRZÉSTELENÍTÉSRE VONATKOZÓ TÖRVÉNYES KÉPVISELŐI
(SZÜLŐI/GYÁM/GONDNOKI) NYILATKOZATHOZ**

1. Beteg¹ neve: **TAJ száma:**

Szülő/gyám/gondnok neve:

Beküldő diagnózis:

.....

2. Betegtájékoztató tartalma:

- Dr. _____ altatóorvos a mai napon megbeszélte velem cselekvőképtelen kiskorú/korlátozottan cselekvőképés kiskorú/ cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg műtétjéhez/vizsgálatához szükséges érzéstelenítési eljárást, az esetlegesen előforduló jelentősebb szövődményeket:
- Az érzéstelenítés lényegét megértettem és feltettem minden azzal kapcsolatos kérdésemet, különösen az érzéstelenítéssel kapcsolatos beavatkozások milyenségére, annak előnyeire és hátrányaira, az esetleges kiegészítő kezelésekre (pl.: vérátömlesztés), valamint az érzéstelenítéssel kapcsolatos veszélyekre vonatkozóan.
- Hozzájárulok az érzéstelenítéshez szükséges előkészítő és kísérő kezelésekhöz, valamint az azt követő megfigyeléshez.
- Egyetértek cselekvőképtelen kiskorú/korlátozottan cselekvőképés kiskorú/ cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg kezelésének az altatóorvos által szükségesnek ítélt megváltoztatásával és kibővítésével.
- A beleegyezés esetén, esetleges korlátozására vonatkozó megjegyzések (pl.: bizonyos érzéstelenítési eljárással, vagy beavatkozással kapcsolatban):

Jelen formanyomtatvány elolvasását követően, a beteg törvényes képviselője/szülője/gyámja/gondnoka által feltett kérdések és orvosi válaszok.

- 1. Kérdés:
- Válasz:
- 2. Kérdés:
- Válasz:
- (További kérdések és válaszok esetén pótlap használata szükséges.)
- **A beteg törvényes képviselője/szülője/gyámja/gondnoka 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 gyermekem/gondnokoltam kezelőorvosától megkaptam, melyet megértettem és tudomásul vettem.

3. Beleegyező nyilatkozat tartalma:

**NYILATKOZAT A MŰTÉTI ÉRZÉSTELENÍTÉSRE VONATKOZÓ SZÜLŐI/GONDNOKI
NYILATKOZATHOZ**

A MŰTÉTI ÉRZÉSTELENÍTÉSBE BELEEGYZEM.

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 BELEEGYZŐ NYILATKOZAT ANESZTEZIOLÓGIAI ÉS INTENZÍV TERÁPIÁS OSZTÁLY	FNY1005/9 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyző nyilatkozat műtéti érzéstelenítésre vonatkozó szülői/gondnoki nyilatkozathoz		Oldalszám: 2/3

Alulírott tudatában vagyok, hogy **GYERMEKEM/GONDNOKOLTAM** kezelőorvosának javaslata alapján, gyermekem/gondnokoltam betegségének pontos tisztázására, valamint a megfelelő kezelés megválasztásának érdekében, GYERMEKEMEN/GONDNOKOLTAMON műtéti érzéstelenítés elvégzése szükséges. Kijelentem, hogy ezen írásbeli tájékoztatót elolvastam (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), az eljárás/vizsgálat lényegét megértettem és az eljárással/vizsgálattal járó esetleges szövődmények kockázatát vállalom. Felelősséggel kijelentem, hogy tudtommal GYERMEKEM/GONDNOKOLTAM szervezetébe pacemakert (szívritmus szabályozót), olyan fémprotézist, vagy más fémanyagot, illetve elektromos árammal működő készüléket (pl.: hallókészülék) nem ültettek be, nem visel, amely miatt a **műtéti érzéstelenítés** nem végezhető el.

A KONTRASZTANYAG ADÁSA

Az értékelhető eredményhez bizonyos esetekben szükség lehet kontrasztanyag adására. Tudomásul veszem, hogy amennyiben a kontrasztanyagot visszautasítom, a radiológus orvost és a kezelőorvosomat nem terheli felelősség a kontrasztanyag nélkül készült vizsgálat kisebb értékelhetőségéből származó káros következményekért, illetve a gyógyulás kedvezőtlen alakulásáért.

Ezúton nyilatkozom, hogy a beteg (GYERMEKEM/GONDNOKOLTAM) ESETÉBEN a kontrasztanyag adásához

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

Ezúton nyilatkozom, hogy a beteg (GYERMEKEM/GONDNOKOLTAM) ESETÉBEN a műtéti érzéstelenítéshez

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

Tájékoztattak arról, hogy a beteg (GYERMEKEM/GONDNOLOLTAM) ellátása során keletkezett egészségügyi adatok feltöltésre kerülnek az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térbe (EESZT), amihez rajtam (TÖRVÉNYES KÉPVISELŐN/SZÜLŐN/GYÁMON/GONDNOKON) kívül az ellátást végző egészségügyi szolgáltatók is hozzáférnek. Tájékoztattak továbbá, hogy beteg (GYERMEKEM/GONDNOKOLTAM) egészségügyi adataihoz eleve korlátozott a hozzáférés, alapállapotban csak a beteg (GYERMEKEM/GONDNOKOLTAM) kezelőorvosa vagy a kezelésében résztvevő orvos férhet hozzá a kezelés ideje alatt. Jogosult vagyok rendelkezni a beteg (GYERMEKEM/GONDNOKOLTAM), az EESZT által kezelt egészségügyi adataival, valamint engedélyezni és korlátozni tudom a hozzáférési jogosultságát az egyes egészségügyi szolgáltatóknak, orvosoknak. A beteg (GYERMEKEM/GONDNOKOLTAM) egészségügyi adataival való rendelkezéseimet megtehetem az EESZT lakossági portálján (www.eeszt.gov.hu) vagy személyesen ügyintézés keretében bármely Kormányablaknál.

Jelen nyilatkozatom alapján, mint a beteg törvényes képviselője ezennel visszavonásig hozzájárulok ahhoz, hogy Adatkezelő Adatkezelési Szabályzatban (<https://www.szentimrekorhaz.hu/hu/adatkezelesiszabalyzat.html>) meghatározott feltételek alapján, az abban foglalt Adatkezelők a beteg (GYERMEKEM/GONDNOKOLTAM) megadott személyes Adatait (azonosító és kapcsolattartási adataim: név, telefonszám, e-mail és egyéb azonosítók) és az ellátásához közvetlenül szükséges egészségügyi adatait, továbbá a szükséges vagy folyamatban lévő, illetve befejezett gyógykezelésre vonatkozó, valamint a gyógykezeléssel kapcsolatban megismert egyéb adatait 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.

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT ANESZTEZIOLÓGIAI ÉS INTENZÍV TERÁPIÁS OSZTÁLY	FNY1005/9 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat műtéti érzéstelenítésre vonatkozó szülői/gondnoki nyilatkozathoz		Oldalszám: 3/3

Döntésemet részletes írásbeli és szóbeli tájékoztatást követően hoztam meg, tisztában vagyok azzal, hogy fenti – a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyező – nyilatkozatomat a beavatkozás megkezdéséig bármikor, korlátozás nélkül visszavonhatom. Egyúttal tudomásul veszem, hogy beleegyezés alapos ok nélküli visszavonása esetén kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

Keltezés helye, ideje:

.....
(tájékoztató orvos neve
olvashatóan)

.....
(nyilatkozó személy neve
olvashatóan)

.....
(tájékoztató orvos
aláírása, ph.)

.....
(nyilatkozó személy
aláírása)

A klinikai állapot megítélése szerint jogállása*:

- 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)

*Jogszába ly szerint szelle mi 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.