

<b>SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>	<b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT ÉRSEBÉSZETI PROFIL</b>	<b>FNY1012/1</b>  <b>Változat: 2</b>
<b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat az alsó végtag verőereinek elzáródásakor végzett beavatkozásokról		<b>Oldalszám: 1/2</b>

## **BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT AZ ALSÓ VÉGTAG VERŐEREINEK ELZÁRÓDÁSOKOR VÉGZETT BEAVATKOZÁSOKRÓL (FEMORO-POPLITEÁLIS/CRURALIS REKONSTRUKCIÓ)**

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

**Beküldő diagnózis:** .....

**2. Tájékoztató tartalma:** Az FNY1012/1-2020.11.23. azonosítószámú **BETEGTÁJÉKOZTATÓ AZ ALSÓ VÉGTAG VERŐEREINEK ELZÁRÓDÁSOKOR VÉGZETT BEAVATKOZÁSOKRÓL** tárgyú formanyomtatvány tartalma, majd ennek elolvasását követően, a beteg által feltett kérdések és orvosi válaszok.

- 1. Kérdés: Milyen beavatkozást tervez az orvos?
- Válasz: Alsó végtagi áthidaló érműtét (saját vénával; ennek hiánya esetén műérrel) vagy az elzáródott érszakasz „kitisztítása”, a végtag artériás vérrellátásának helyreállítása céljából.
- 2. Kérdés: milyen a jelenlegi egészségi állapotom, milyen betegségben szenvedek?
- Válasz: Érszűkület betegség, verőér (arteria) elzáródás, a végtag kritikus vérhiányos állapota.
- 3. Kérdés: Milyen gyógymódot, műtétet, beavatkozást javasol az orvos?
- Válasz: Helyreállító érműtét.
- 4. Kérdés: Milyen káros következményekkel járhat az, ha nem kerül sor az orvos által javasolt beavatkozásra?
- Válasz: Alacsony járási képesség, végtagvesztés veszélye, végtag elhalás.
- 5. Kérdés: Beavatkozás esetén betegségemben milyen változás várható (előny, ill. hátrány)?
- Válasz: Panaszok csökkenése, végtag vérkeringés javulása, végtag megmentése.
- 6. Kérdés: A beavatkozásnak lehet-e bizonyos szövődménye (amely gyakori, nem gyakori, előfordulhat) a leggondosabb ténykedés esetén is?
- Válasz: Sebfertőzés-gyógyulási zavar, utóvérzés, bőrideg sérülés következtében bőr zsibbadás-érzékletlenség, a helyreállított érpálya ismételt elzáródása, thrombózis.
- 7. Kérdés: Milyen érzéstelenítést vagy altatást igényel a tervezett beavatkozás, ezeknek milyen feltételei, előnyei és veszélyei vannak?
- Válasz: Altatóorvosi konzilium alapján altatás vagy gerinc érzéstelenítés.
- 8. Kérdés: Mivel jár a műtét?
- Válasz: A konkrét műtét elvégzése, műtét után szükség esetén intenzív osztályos kezelés, sebgyógyulás és varratszedés után (ált.7-8 nap) hazabocsájtás.
- 9. 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” „válasz/kérdés” területet áthúzni!):**

**Ézúton kijelentem, hogy Az FNY1012/1-2020.11.23. azonosítószámú BETEGTÁJÉKOZTATÓ AZ ALSÓ VÉGTAG VERŐEREINEK ELZÁRÓDÁSOKOR VÉGZETT BEAVATKOZÁSOKRÓL tárgyú formanyomtatványt megismertem, és az annak maradéktalanul megfelelő tartalmú tájékoztatást a kezelőorvostól megkaptam, melyet megértettem és tudomásul vettem.**

**3. Beleegyező nyilatkozat tartalma:**

### **NYILATKOZAT AZ ALSÓ VÉGTAG VERŐEREINEK ELZÁRÓDÁSOKOR VÉGZETT BEAVATKOZÁSOKRÓL**

#### **AZ ALSÓ VÉGTAG VERŐEREINEK ELZÁRÓDÁSOKOR VÉGZETT BEAVATKOZÁSOK ELVÉGZÉSÉBE BELEEGYZEM.**

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslatára alapján, a megfelelő kezelés megválasztásának érdekében, rajtam az alsó végtag verőereinek elzáródásakor végzett beavatkozások elvégzése szükséges. Kijelentem, hogy ezen írásbeli tájékoztatót elolvastam (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), a beavatkozás lényegét megértettem és a beavatkozással járó esetleges szövődmények 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 az alsó végtag verőereinek elzáródásakor végzett beavatkozások nem végezhetők el.

<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 ÉRSEBÉSZETI PROFIL</b>	<b>FNY1012/1</b> <b>Változat: 2</b>
<b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyző nyilatkozat az alsó végtag verőereinek elzáródásakor végzett beavatkozásokról		<b>Oldalszám: 2/2</b>

**Ezúton nyilatkozom, hogy a kontrasztanyag adásához**

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

**AMENNYIBEN A KONTRASZTANYAG ADÁSÁBA NEM EGYEZEM BELE.**

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 az alsó végtag verőereinek elzáródásakor végzett beavatkozásokhoz**

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

**Ezúton nyilatkozom, hogy az altatáshoz, illetve vezetésének érzéstelenítéséhez**

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

**Ezúton nyilatkozom, hogy a vértranszfúzió adásához**

- 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 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.**

**Kelkezés helye, ideje: .....**

.....  
(tájékoztató orvos neve  
olvashatóan)

.....  
(műtétet/beavatkozást végző  
orvos neve olvashatóan)

.....  
(nyilatkozó személy neve  
olvashatóan)

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

.....  
(műtétet/beavatkozást végző  
orvos aláírása, orvosi pecsétje)

.....  
(nyilatkozó személy aláírása)

**A klinikai állapot megítélése szerint jogállása\*:**

(Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)

- cselekvőképes beteg, de valamely okból kifolyólag fizikálisan képtelen az aláírásra  
 korlátozottan cselekvőképes beteg       cselekvőképtelen beteg  
 törvényes képviselő       nyilatkozattételre jogosult személy\*\*

.....  
(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.