

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT FÜL-ORR-GÉGÉSZETI PROFIL	FNY1010/8 Változat: 3
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat a daganatos nyaki nyirokcsomólánc és a környező szervek radikális, módosított vagy részleges műtéti eltávolításához (nyaki dissectio)		Oldalszám: 1/2

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT
A DAGANATOS NYAKI NYIROKCSOMÓLÁNC ÉS A KÖRNYEZŐ SZERVEK RADIKÁLIS,
MÓDOSÍTOTT VAGY RÉSZLEGES MŰTÉTI ELTÁVOLÍTÁSÁHOZ (NYAKI DISSECTIO)**

1. Beteg¹ neve: **TAJ száma:**

Beküldő diagnózis:

2. Tájékoztatás tartalma: Az FNY1010/8-2020.11.11. azonosítószámú **BETEGTÁJÉKOZTATÓ A DAGANATOS NYAKI NYIROKCSOMÓLÁNC ÉS A KÖRNYEZŐ SZERVEK RADIKÁLIS, MÓDOSÍTOTT VAGY RÉSZLEGES MŰTÉTI ELTÁVOLÍTÁSÁHOZ (NYAKI DISSECTIO)** 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 FNY1010/8-2020.11.11. azonosítószámú **BETEGTÁJÉKOZTATÓ A DAGANATOS NYAKI NYIROKCSOMÓLÁNC ÉS A KÖRNYEZŐ SZERVEK RADIKÁLIS, MÓDOSÍTOTT VAGY RÉSZLEGES MŰTÉTI ELTÁVOLÍTÁSÁHOZ (NYAKI DISSECTIO)** tárgyú formanyomtatványt megismertem, és az annak maradéktalanul megfelelő tartalmú tájékoztatást a kezelőorvostól megkaptam, melyet megértettem és tudomásul vettem.

3. Beleegyező nyilatkozat tartalma:

**NYILATKOZAT A DAGANATOS NYAKI NYIROKCSOMÓLÁNC ÉS A KÖRNYEZŐ SZERVEK
RADIKÁLIS, MÓDOSÍTOTT VAGY RÉSZLEGES MŰTÉTI ELTÁVOLÍTÁSÁNAK (NYAKI DISSECTIO)
ELVÉGZÉSÉRŐL**

**A DAGANATOS NYAKI NYIROKCSOMÓLÁNC ÉS A KÖRNYEZŐ SZERVEK RADIKÁLIS,
MÓDOSÍTOTT VAGY RÉSZLEGES MŰTÉTI ELTÁVOLÍTÁSÁNAK (NYAKI DISSECTIO)
ELVÉGZÉSÉBE BELEEGYEZEM.**

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, betegségem gyógyítására, rajtam a daganatos nyaki nyirokcsomólánc és a környező szervek radikális, módosított vagy részleges műtéti eltávolításának 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. Felelősséggel kijelentem, hogy tudtommal a szervezetembe pacemaker (szívritmus szabályozót), olyan fémprotézist, vagy más fémanyagot, illetve elektromos árammal működő készüléket (pl.: hallókészülék) nem ültettek be, nem viselek, amely miatt a daganatos nyaki nyirokcsomólánc és a környező szervek radikális, módosított vagy részleges műtéti eltávolítása nem végezhető el.

Ezúton nyilatkozom, hogy a tájékoztatóban foglaltakat megértettem, további igényelt felvilágosítást megkaptam, a daganatos nyaki nyirokcsomólánc és a környező szervek radikális, módosított vagy részleges műtéti eltávolításának* elvégzéséhez**

hozzájárulok

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 FÜL-ORR-GÉGÉSZETI PROFIL	FNY1010/8 Változat: 3
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat a daganatos nyaki nyirokcsomólánc és a környező szervek radikális, módosított vagy részleges műtéti eltávolításához (nyaki dissectio)		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 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.

Kelkezés helye, ideje:

.....
(tájékoztató orvos neve olvashatóan)

.....
(nyilatkozó személy neve olvashatóan)

.....
(tájékoztató 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
 törvényes képviselő
- cselekvőképtelen beteg
 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.

*** A kívánt részt kérjük aláhúzni.