

<b>SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>	<b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZATI OSZTÁLY</b>	<b>FNY1011/16</b>
<b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat a hüvelyi méheltávolításhoz a függelék eltávolításával, mellső hüvelyfali plasztikai műtéttel, szükség szerint háló beültetéssel		<b>Változat: 2</b>
		<b>Oldalszám: 1/2</b>

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT A HÜVELYI  
MÉHELTÁVOLÍTÁSHOZ A FÜGGELÉK ELTÁVOLÍTÁSÁVAL, MELSŐ HÜVELYFALI  
PLASZTIKAI MŰTÉTTel, SZÜKSÉG SZERINT HÁLÓ BEÜLTETÉSSel**

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

**TAJ száma:** .....

**Beküldő diagnózis:** .....

**2. A betegek által leggyakrabban feltett kérdések és orvosi válaszok:**

- 1. Kérdés: Milyen a jelenlegi egészségi állapotom, milyen betegségben szenvedek?
- Válasz: **Méh és hüvelyfali süllyedésem, vizeleti nehézséggel.**
- 2. Kérdés: Milyen gyógymódot, műtétet, beavatkozást javasol az orvos?
- Válasz: **Hüvelyi méheltávolítást és függelék eltávolítását, szükség szerint mellső háló beültetéssel, vagy mellső hüvelyfali plasztikával, a műtéti situáció függvényében.**
- 3. Kérdés: Milyen káros következményekkel járhat az, ha nem kerül sor az orvos által javasolt beavatkozásra?
- Válasz: **A panaszok megmaradása, további rosszabbodása, a kismedencei szervek teljes előesése, vizeleti képtelenséggel.**
- 4. Kérdés: Beavatkozás esetén betegségemben milyen változás várható (előny, ill. hátrány)?
- Válasz: **Megszűnnek a panaszok, az anatómiai viszonyok helyreállításával a vizeletürítés is normalizálódik.**
- 5. Kérdés: A beavatkozásnak lehet – e bizonyos szövődménye (amely gyakori, nem gyakori, előfordulhat) a leggyondosabb ténykedés esetén is?
- Válasz: **A kismedencei női nemi szervek, illetve a környező szervek, szövetek (belek, erek húgyhólyag, húgyvezeték és idegek) sérülése. Láz kis és nagymedencei gyulladás, fájdalom, hólyag és bélműködési zavar. Vérzés, thrombosis, embólia. A szövődmények következményeinek az elhárítása ismételt műtétet, akár nyitott hasi műtétet igényelhet. Egy ilyen műtét jellegét és kiterjesztését a szövődmény milyensége és az érintett szervek sajátosságai szabják meg.**
- 6. Kérdés: Milyen érzéstelenítést vagy altatást igényel a tervezett beavatkozás, ezeknek milyen feltételei, előnyei és veszélyei vannak?
- Válasz: **Altatóorvossal egyeztetve, külön lapon.**
- 7. 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 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 HÜVELYI MÉHELTÁVOLÍTÁSRÓL A FÜGGELÉK ELTÁVOLÍTÁSÁVAL, MELSŐ  
HÜVELYFALI PLASZTIKAI MŰTÉTTel, SZÜKSÉG SZERINT HÁLÓ BEÜLTETÉSSel**

**A HÜVELYI MÉHELTÁVOLÍTÁSBA A FÜGGELÉK ELTÁVOLÍTÁSÁVAL, MELSŐ HÜVELYFALI  
PLASZTIKAI MŰTÉTTel, SZÜKSÉG SZERINT HÁLÓ BEÜLTETÉSSel BELEEGYEZEM.**

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, betegségem gyógyítására rajtam hüvelyi méheltávolításra, a függelék eltávolításával, mellső hüvelyfali plasztikai műtéttel, szükség szerint háló beültetéssel van szükség. Kijelentem, hogy ezen írásbeli tájékoztatót elolvastam (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), a vizsgálat lényegét megértettem és a vizsgálatlal 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 rajtam a hüvelyi méheltávolítás a függelék eltávolításával, mellső hüvelyfali plasztikai műtéttel, szükség szerint háló beültetéssel nem végezhető 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 SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZATI OSZTÁLY</b>	<b>FNY1011/16</b>
<b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat a hüvelyi méheltávolításhoz a függelék eltávolításával, mellső hüvelyfali plasztikai műtéttel, szükség szerint háló beültetéssel		<b>Változat: 2</b>
		<b>Oldalszám: 2/2</b>

**Ezúton nyilatkozom, hogy a hüvelyi méheltávolításhoz a függelék eltávolításával, mellső hüvelyfali plasztikai műtéttel, szükség szerint háló beültetéssel**

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 – 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)	..... (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!)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> cselekvőképes beteg, de valamely okból kifolyólag fizikálisan képtelen az aláírásra | <input type="checkbox"/> cselekvőképtelen beteg                |
| <input type="checkbox"/> korlátozottan cselekvőképes beteg   | <input type="checkbox"/> nyilatkozattételre jogosult személy** |
| <input type="checkbox"/> törvényes képviselő   |  |

..... (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.