

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZATI OSZTÁLY	FNY1011/13
		Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyző nyilatkozat a méh belfelszínének megtekintéséhez és a petevezetők kontrasztanyagossal átjárhatósági vizsgálatához		Oldalszám: 1/2

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT A MÉH BELFELSZÍNÉNEK
MEGTEKINTÉSÉHEZ ÉS A PETEVEZETŐK KONTRASZTANYAGOS ÁTJÁRTHATÓSÁGI VIZSGÁLATÁHOZ**

1. Beteg¹ 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: **Nehezített teherbejuttatás.**
- 2. Kérdés: Milyen gyógymódot, műtétet, beavatkozást javasol az orvos?
- Válasz: **A méh tükrözéses vizsgálata, valamint a petevezetők átjárhatósági vizsgálata –kontraszt anyaggal.**
- 3. Kérdés: Milyen káros következményekkel járhat az, ha nem kerül sor az orvos által javasolt beavatkozásra?
- Válasz: **Nem lesz képünk a méh belfelszínének állapotáról és a petevezetők átjárhatóságáról.**
- 4. Kérdés: Beavatkozás esetén betegségemben milyen változás várható (előny, ill. hátrány)?
- Válasz: **Kiderül, hogy a méh ürben látható-e valamiféle eltérés, illetve a petevezetők átjárható-e.**
- 5. Kérdés: A beavatkozásnak lehet – e bizonyos szövődménye (amely gyakori, nem gyakori, előfordulhat) a leggondosabb ténykedés esetén is?
- Válasz: **A hüvely, méhfal illetve a petevezető áthatoló sérülése a környező szervek sértése. 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: A fent nevezett beavatkozásnak (műtétnek) vannak-e alternatív megoldásai, a kórházban nem hozzáférhető egyéb (alternatív) lehetőségei?
- Válasz: **Ultraszónusos kontrasztanyagossal vizsgálat, mely a kórházban nem érhető el.**
- 8. 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. Beleegyző nyilatkozat tartalma:

**NYILATKOZAT A MÉH BELFELSZÍNÉNEK MEGTEKINTÉSÉRŐL ÉS A PETEVEZETŐK
KONTRASZTANYAGOS ÁTJÁRTHATÓSÁGI VIZSGÁLATÁRÓL**

**A MÉH BELFELSZÍNÉNEK MEGTEKINTÉSÉBE ÉS A PETEVEZETŐK KONTRASZTANYAGOS
ÁTJÁRTHATÓSÁGI VIZSGÁLATÁBA BELEEGYZEM.**

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, betegségem gyógyítására rajtam a méh belfelszínének megtekintésére és a petevezetők kontrasztanyagossal átjárhatósági vizsgálatára van szükség. 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 pacemakert (szívritmus szabályozót), olyan fémprotézist, vagy más fémanyagot, illetve elektromos árammal működő készüléket (pl.: hallókészülék) nem ültettek be, nem viselek, amely miatt rajtam a méh belfelszínének megtekintése és a petevezetők kontrasztanyagossal átjárhatósági vizsgálata nem végezhető el.

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.

¹A 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 SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZATI OSZTÁLY	FNy1011/13 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyző nyilatkozat a méh belfelszínének megtekintéséhez és a petevezetők kontrasztanyagossal átjárhatósági vizsgálatához		Oldalszám: 2/2

Ezúton nyilatkozom, hogy a méh belfelszínének megtekintéséhez és a petevezetők kontrasztanyagossal átjárhatósági vizsgálatához

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

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

Tájékoztattam 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. Tájékoztattam 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 – a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyző 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.

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.