

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT **egynapos sebészeti beavatkozáshoz**

Alulírott(név)(szül.idő) tanúsítom, hogy engem Dr.kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. A betegségemről, amely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul):

2. A javasolt műtéti beavatkozásról, amely (magyarul):

valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és más szóba jövő kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait is.

3. Az Európai Parlament és a Tanács (EU) a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK irányelv hatályon kívül helyezéséről (általános adatvédelmi rendelet) („GDPR”) szóló, 2018. május 25-től hatályos rendelete alapján alulírott az alábbi nyilatkozatot teszem:

- a) tudomásul veszem, hogy a Kórház, mint adatkezelő a feladat ellátáshoz szükséges adatfeldolgozóval együttműködve jogi kötelezettség teljesítésének jogalapjával kezeli a személyes adataimat, bizonyos adatkezelések terén (pl. videokamera rendszer működtetése) pedig jogos érdekből, megfelelő tájékoztatás mellett végzi adatkezelési tevékenységét
- b) az intézmény Egészségügyi Adatvédelmi Szabályzatát és adatkezelési tájékoztatóját könnyen hozzáférhetően – nyomtatott és elektronikus formátumban is - tanulmányozhatom, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos alapelveket és jogaimat megismerhetem
- c) nyilatkozom arról, hogy a Kórház, mint adatkezelő a személyes adatok kezelésével kapcsolatosan megfelelően biztosítja számomra a GDPR által az érintettek számára előírt alapjogokat, kiemelten a
 - c.1. célhoz kötöttség elve
 - c.2. jogszerűség, tisztességes eljárás, átláthatóság elve
 - c.3. pontosság, naprakészség elve
 - c.4. integritás és a bizalmasság jelleg elve (illetéktelen nem férhet hozzá adataimhoz)
 - c.5. az átlátható tájékoztatáshoz való jog

4. A javasolt műtéti beavatkozás kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon dönthessek arról, hogy a beavatkozás elvégzéséhez hozzájárulok-e. Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

*Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, amelyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják.

*Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozás elutasítására. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

*A tájékoztatás teljes körű és szükséges mértékű voltát elismerem, döntésem tájékozott beleegyezésnek minősül.

*A kezelésbe, (műtétbe, stb.) való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam az alábbi kezelést (műtétet) elvégezzék:

5. Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem el (kitöltése nem kötelező):

a) Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat a betegségről teljes körűen tájékoztassák:

b) Az alább megnevezett hozzátartozóimat a betegségről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:

c) Az alább megnevezett hozzátartozóimat a betegségről kérésükre se tájékoztassák:

6. Tájékoztatásról való lemondás

*Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Ezért a döntéseket kezelő orvosaimra bízom. (Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézírásával aláírva jelen pont végén kérjük, erősítse meg. E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondása érvénytelen.)

Dátum: _____

7. Ezen nyilatkozat aláírásával nyilatkozom és egyben vállalom az alábbiakat:

- a) Vállalom a műtéti előkészítéshez szükséges otthoni teendők pontos teljesítését.
- b) Felnőtt esetben saját, gyermek esetében általam az otthoni ellátás biztosított.
- c) A lakás és annak higiénés körülményei megfelelőek.
- d) A tartózkodási helytől az ellátó egészségügyi intézmény személygépkocsival (mentővel) – átlagos forgalmat figyelembe véve – 30 perc alatt elérhető.
- e) A tartózkodási helyen telefon biztosított.
- f) Hazaszállításkor és a tartózkodási helyen a műtétet követő éjszakán a felügyelet, segítő hozzátartozó, felnőtt korú személy, valamint szükség esetén a megfelelő egészségügyi ellátáshoz jutás lehetősége biztosított.

g) Az egynapos sebészeti ellátás keretében alkalmazott gyógymódról, a további otthoni teendőkről engem megfelelően tájékoztattak, a tájékozott beleegyezéssel bocsátanak el az osztályról.

Alulírott kijelentem, hogy egészségi állapotommal kapcsolatos egészségügyi ellátásokhoz hozzájárulok. Hozzájárulásom önkéntes, határozott, írásbeli, megfelelő tájékoztatáson alapul.

Kelt:.....

A beavatkozást: elfogadom*
 nem fogadom el*

A kezelőorvos aláírása

A beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

Lakcíme: _____

Tanú 1

NÉV:
CÍM:

aláírás

Tanú 2

NÉV:
CÍM:

aláírás