



3060 Pásztó, Semmelweis u. 15-17.
Megbízott főigazgató: Dr. Varga Erzsébet
Tel.: 32/561-000
E-mail: titkarsag@pkorhaz.hu
www.pkorhaz.hu



BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT Egynapos sebészeti beavatkozáshoz

1. Beteg adatai:

Név:.....

Születési név:.....

Születési hely, idő:.....

Anyja neve:.....

TAJ:.....

Lakcím:.....

Tanúsítom, hogy engem Dr. ... az alábbiakról kellő mértékben felvilágosított.

A betegség megnevezése magyarul:

A betegség megnevezése latinul:

A beavatkozás neve:.....

jobb bal kétoldali nem értelmezhető

Aláírással tanúsítom, hogy az előzőekben megnevezett műtét **Egynapos Sebészet keretében** történő elvégzésére beleegyezem.

Ezen nyilatkozat aláírásával nyilatkozom és egyben vállalom az alábbiakat:

- Vállalom a műtéti előkészítéshez szükséges otthoni teendők pontos teljesítését.
- Felnőtt esetben saját, gyermek esetében általam az otthoni ellátás biztosított.
- A lakás és annak higiénés körülményei megfelelőek.
- Tartózkodási helytől az ellátó egészségügyi intézmény személygépkocsival (mentővel) – átlagos forgalmat figyelembe véve – 30 perc alatt elérhető.
- A tartózkodási helyem telefonbiztosított.
- Hazaszállításkor és a tartózkodási helyem a műtétet követő éjszakának felügyelet, segítő hozzátartozó, felnőtt korú személy, valamint szükségesetén a megfelelő egészségügyi ellátáshoz jutás lehetősége biztosított.
- Az egynapos sebészeti ellátás keretében alkalmazott gyógymódról, a további otthoni teendőkről engem megfelelően tájékoztattak, a tájékozott beleegyezésemmel bocsátanak el az osztályról.

2. Általános megjegyzések a lehetséges műtéti szövődményekkel kapcsolatban:

A tudomány mai állása szerint a kezelés eredményességért és szövődmény mentességéért nem vállalhat abszolút garanciát a kezelőorvos.

- Bármely műtéti beavatkozásnál előfordulhatnak olyan kisebb, illetve jelentősen csökkenő gyakorisággal súlyos vagy rendkívül súlyos, akár halálhoz vezető károsodások, szövődmények, melyek a kezeléseknél nem szükségszerűvéjárói, melyek bekövetkeztek az orvos elvárható gondossága és körültekintése melletti betegellátás esetén is kialakulhatnak, és bekövetkeztek nem látható előre, ezért eleve el sem háríthatók.
- A szövődmények együttes jelentkezése sajnálatosan növeli az életveszélyes és/vagy halálos kimenetelű műtéti szövődmények esélyét.
- pl. a szokatlan anatómiai viszonyok, más társuló betegség vagy kóros állapot, a szervezet szokatlan reakciója a műtét során felhasznált anyagokra illetve magára a műtéti beavatkozásra, nem sterilitási hibából fakadó ún. endogén fertőzés, megfelelő tanúsítvány ellenére előforduló anyaghiba. Mindezek a mindennapi gyakorlatban vérzés, utóvérzés, véletlen sérülés, külső és belső varratelégeltelenség, varratkilökődés, gyulladás, bőrsérülés, sebgyógyulási zavar, bélhűdés, tüdőgyulladás, vénás trombózis, tüdőembolia, szívsvövődmények a várttól elmaradó gyógy eredmény, illetve késői szövődmények (pl. hegesezés vagy hasüregi műtétek utáni bélösszenövés talaján kialakuló működési zavar, hegserv kialakulása) formájában jelentkezhetnek. Ezek statisztikai gyakorisága messze elmarad a műtét nélkül bekövetkező állapotromlás valószínűségéhez képest.
- A szövődmények, kockázatok elkerülése céljából a szakmai protokolloknak megfelelően alkalmazunk trombózis és antibiotikum profilaxist, illetve mindent elkövetünk a műtéttel összefüggő esetleges szövődmények, kockázatok időben történő felismeréséért és e következmények megszüntetéséért.

Az Ön további kérdése:

.....

.....

.....

.....

Válasz:

.....

.....

.....

.....

Nyilatkozat

Kijelentem, hogy a műtét, beavatkozás, kezelés természetéről és céljáról, a várható előnyökről és az ezekkel járó kockázatokról, a kötelező elővigyázatosság ellenére adódó szövődmények lehetőségéről, valamint betegségem kezelésének egyéb lehetséges módozatairól, szóban/írásban feltett kérdéseimre személyre szabottan megfelelő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre, hogy szabadon és kényszermentesen dönhessenek arról, milyen kezelést szeretnék.

Ismertették velem, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye. Megértettem, hogy minden eljárásnak van valamilyen kockázata. Részemről beavatkozással kapcsolatban több kérdés nem merül fel.

Amennyiben a részletes orvosi felvilágosítás ellenére a műtétet, beavatkozást, illetve kezelést elutasítom, annak következményeiért a felelősséget átvállalom, azokat az orvosokat, akiktől a javasolt orvosi beavatkozást nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. Ebből eredően velük, illetve az intézménnyel szemben semminemű igényt nem támasztok.

Felhatalmazom a műtétet végző orvost, illetve orvoscsoportot és asszisztenciáját arra, hogy a műtét során felmerülő, olyan előre nem látható beavatkozást is elvégezzenek, amely orvosilag indokolt és az egészség megóvására, illetve az élet meghosszabbítására irányul.

Tudomásul veszem, hogy a kezelő orvos által életfenntartó vagy életmentőnek ítélt beavatkozás kivételével jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének elutasítására, ez esetben az elutasítás tényéről írásbeli nyilatkozatot teszek.

(Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 20. §-ában foglaltak szerint a beteget az ellátás visszautasításának joga az alábbi feltételekkel illeti meg: amennyiben az ellátás elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be, csak közokiratban (közjegyző által hitelesített) vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban (kézzel írt és aláírt, vagy géppel írt és két tanú által hitelesített) utasíthatja vissza az ellátást. A betegség természetes lefolyását lehetővé téve az életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására csak abban az esetben van lehetőség, ha a beteg olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül - megfelelő egészségügyi ellátás mellett is - halálhoz vezet és gyógyíthatatlan. A beteg várandóssága esetén nem utasíthatja vissza az életmentő vagy életfenntartó beavatkozást, ha képes a gyermeke kihordására.)

Törvényes képviselő kérésére cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes beteg esetén az olyan ellátás, amelynek elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be nem utasítható vissza.

Beleegyezem a gyógyulásom érdekében szükségesnek tartott készítmények, gyógyszerek, vér, és vérkészítmények, valamint egyéb orvosbiológiai anyagok adásába, valamint az orvos által szükségesnek tartott röntgenvizsgálat, eljárások és eszközök alkalmazásába.

Tudomásul veszem, hogy az átlagosnál magasabb kockázatot jelenthet a kivizsgálás során általam a kezelőorvossal nem közölt vagy a rendelkezésre álló diagnosztikai eszközökkel fel nem derített betegségek, eltérések fennállása.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a műtét vagy beavatkozás menetéről fénykép vagy videofelvétel készüljön, azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhetővé. Tudomásom van arról, hogy a kórházban egészségügyi személyzet, orvostanhallgatók és rezidensek képzése is folyik. Beleegyezem abba, hogy kezelésemben – felelős személyek jelenlétében és azok felügyelete

mellett – oktatási célból fenti személyek is részt vehessenek a törvény által előírt titoktartási kötelezettség betartásával.

A kórházi orvosi kar tagjaként szereplő orvosom megvizsgálhat, a testemből kivett szerveket, szöveteket, folyadékokat, vagy részeket megvizsgálhatja, megsemmisítheti.

Hozzá tartozóim tájékoztatásról következőket rendelem el (kitöltése nem kötelező)

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

b.) Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat a betegségről az általam megjelölt következő korlátozással tájékoztassák:

c.) Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat a betegségről kérésükre se tájékoztassák:

BELEEGYZEM / NEM EGYEZEM BELE (megfelelő aláhúzendó), hogy a tervezett beavatkozást rajtam elvégezzék.

4. Az Európai Parlament és Tanács (EU) a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelemről 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 Szabályzat és adatkezelési tájékoztatást könnyen hozzáférhetően - nyomtatott és elektronikus formában 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. Integrálás és a bizalmasság jelleg elve (illetéktelen nem férhet hozzá adataimhoz)
- c.5. Az átlátható tájékoztatáshoz való jog

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 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 az Adatvédelmi 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 rendelkezései vonatkoznak.

Jelen dokumentum aláírásával Ön hozzájárulását adja a Kórház részére közölt személyes adatai kezeléséhez (amennyiben az adatok kezelésének alapja a hozzájárulás) és egyúttal nyilatkozik arról, hogy személyes adatai kezelésével kapcsolatosan egyértelmű és részletes tájékoztatást kapott az adatkezelés céljáról, jogalapjáról, az adatkezelésre jogosultakról, az adatkezelés időtartamáról, az Ön jogairól és a jogorvoslati lehetőségeiről.

Pásztó,év.....hónap.....nap

.....
Tájékoztató orvos aláírása

.....
Beteg, törvényes képviselő,
meghatalmazott hozzátartozó