

Részleg / Ügyosztály: _____

A páciens / szülő / törvényes képviselő adatai: Alulírott _____ lakhelye _____ a _____ sorozatú _____ számú személyazonossági igazolvány birtokosa: ☐ páciens (csak nagykorú páciens esetében) ☐ _____ nevű, _____ éves _____ hónapos páciens szülője , a páciens személyi azonosítója _____ ☐ a _____ nevű, _____ éves _____ hónapos páciens törvényes képviselője , a páciens személyi azonosítója _____, a törvényes képviselőt igazoló irat (pld.: _____ számú felhatalmazás)

Kinyilatkozom, hogy dr. _____ tájékoztatott az alábbiakról:

Orvosi beavatkozás (leírás): _____		
Javasolt műtét: _____		
1. Az orvosi beavatkozásra vonatkozólag az alábbi információkat közölték velem (a rendelkezésre álló információkat kell felsorolni):		
✓ Az egészségi állapotra vonatkozó adatok	igen	nem
✓ Diagnózisra vonatkozó feltételezések / Diagnózis	igen	nem
✓ Előrejelzés	igen	nem
✓ A javasolt orvosi beavatkozás jellege és célja	igen	nem
✓ A javasolt beavatkozások és a gyógyszeres stratégia	igen	nem
✓ Az orvosi beavatkozás haszna és következményei	igen	nem
✓ Az orvosi beavatkozás potenciális veszélyei (beleértve a fertőzés veszélyét) és az előre nem látható kockázatokat (beleértve a halálestet bekövetkezésének minimális kockázatát) _____	igen	nem
✓ A kezelés életképes alternatívái és ezek kockázatai _____	igen	nem
✓ A kezelés elmulasztásának kockázatai	igen	nem
✓ Az orvosi javaslatok be nem tartásának kockázatai	igen	nem
2. Más, kiadott információ		
✓ A rendelkezésre álló orvosi szolgáltatásokra vonatkozó információk	igen	nem
✓ A kezelést végző személyek személyazonosságára és státuszára vonatkozó információk*	igen	nem
* a páciens gondozó orvosi személyzet, akit beazonosítottak az egészségügyi munkatársak táblázatában		
✓ Az egészségügyi egységre vonatkozó, betartandó információk – Belső rendszabályzat a páciens/ szülő/ törvényes képviselő számára (átvették a beutaláskor)	igen	nem
✓ a második orvosi véleményhez való jog	igen	nem
3. Amennyiben a terápiás beavatkozás során előre nem látható helyzetek állnak be, amelyek többleteljárást igényelnek az általam elfogadottakhoz képest (beleértve a vérátömlesztést), elfogadom, hogy a kijelölt orvos szakmai képességének megfelelően cselekedjen, és csakis akkor végezheti el az eljárásokat, ha azok orvosi szempontból teljes mértékben indokoltak, a páciens érdekét és javát szolgálják.	igen	nem
4. Tájékoztattak, hogy az orvosi segítségnyújtás kiegészül az oktatási folyamattal, ezennel beleegyezem abba, hogy a becsület és a jóérzés határain belül részt fogok venni az oktatási folyamatban, mind ami a látogatásokat, mind ami az oktatásban részesülő személyek által elvégzendő kisebb eljárásokat illeti, ha ezek	igen	nem

Kolozsvári Gyermek-sürgősségi Kórház
A PÁCIENS / SZÜLŐ / TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ BELEEGYEZÉSE

4. Tájékoztattak, hogy az orvosi segítségnyújtás kiegészül az oktatási folyamattal, ezennel beleegyezem abba, hogy a becsület és a jóérzés határain belül részt fogok venni az oktatási folyamatban, mind ami a látogatásokat, mind ami az oktatásban részesülő személyek által elvégzendő kisebb eljárásokat illeti, ha ezek nem veszélyeztetik az orvosi ellátás minőségét. Tájékoztattak arról, hogy elvből elutasíthatom ezt akkor, amikor én akarom, és nem vagyok köteles más magyarázattal szolgálni, és az elutasítás nem befolyásolhatja a páciens megillető jogokat. Beleegyezem az orvosi oktatásban való részvételbe, az orvosi vizsgálatnak oktatási célból való elvégzésére azon munkatársakat illetően, akik részesei az oktatási folyamatnak, beleegyezem továbbá, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó szakmai információkat az oktatás és a kutatás során felhasználják.	igen	nem
5. Beleegyezem abba, hogy a diagnózis megállapítása és a jelenlegi betegségem kezelése miatt elvégzett vizsgálatok eredményeit felhasználják a klinikán kidolgozott tudományos kutatások során, beleértve a páciensnek a titoktartáshoz való jogát is.	igen	nem
6. Az ön beleegyezése után a gyermeket vénás punkciónak vetik alá, amelynek során néhány ml vért vesznek tőle, a vénájába egy tűt fognak szúrni. A tűszúrás környékét gondosan fertőtlenítik alkoholos oldattal. Csakis steril és egyszer használatos eszközöket fognak használni, az eljárás csak pár percig fog tartani, és szakképzett személyzet végzi el. A hozzátartozó biztonsága érdekében, figyelembe véve a cselekedet érzelmi vonalát, a procedura elvégzése alatt, egyes esetekben azt ajánljuk, hogy a felnőtt ne vegyen részt a vérvételben. Egyes esetekben a kicsi gyerekeknél a vérvétel bizonyos mértékű immobilizálással jár, amit a segédszemélyzet vagy valamelyik szülő végez el – az immobilizálásra azért van szükség, hogy elkerüljük a gyermek sérülését, hogy a vérvétel minél gyorsabban és biztonságosan lezajljék. Az orvosi személyzet, a tű láttán vagy a vénás punkció elvégzésekor a gyermek idegessé válhat, a tűszúrás miatti fájdalom és az izgatottság miatt a gyerekek akár el is ájulhatnak, az eszméletvesztés a következőkkel jár: rossz közérzet, a látás ködössé válása, ideiglenes tudatmódosulás, sápadtság, izzadás, amely néhány percig tart, ezt követően a páciens magához tér). A punkció vérezhet, vagy helyén hematoma (kék folt) jön létre. Nagyon ritkán helyi fertőzés is bekövetkezhet: megtörténhet, hogy a véna fájdalmassá válik és a tűszúrás környéke megpirosodhat. Ilyenkor a legnagyobb figyelemmel kell cselekedni a szövődmények elkerülése végett. Kivételes esetben arra is kérhetik önt, hogy újra jelentkezzenek vérvételre. Figyelembe véve a gyermek életkorát, a lázas állapotot vagy a gyermek betegsége miatti változásokat, megtörténhet, hogy többször is vért kell venni, mert az első próbálkozáskor nem sikerül, és más nővért is segítségül kell hívni. Biztosítjuk önt, hogy az újabb vérvételt csak akkor végzik el ugyanazon a napon, ha erre feltétlenül szükség van (pld. az eset súlyossága, sürgősen alkalmazandó kezelés miatt stb.) maximálisan figyelve, hogy a gyermek minél kevesebb ideig érezze kényelmetlenül magát. Beleegyezem, hogy a páciens laboratóriumi vizsgálatoknak vessék alá a pontos diagnózis megállapítása érdekében (esetenként):		
✓ vénás, arteriális vagy kapilláris vérvétel (szükség esetén perifériás vénás katéter felszerelésével),	Igen	Nem
✓ torok és/vagy orrváladék mintavétel	Igen	Nem
✓ légzőszervek váladékából való mintavétel	Igen	Nem
✓ váladékok mintavétele: fülből, szemből, szeméremajkakból, sebből	Igen	Nem
✓ vizeletminta	Igen	Nem
✓ székletminta	Igen	Nem
Beleegyezem abba, hogy a biológiai mintát megőrizték és az esetleges kiegészítő analízisekhez felhasználják.	Igen	Nem
7. Beleegyezem abba, hogy a páciens non-invazív vizsgálatoknak vessék alá a diagnózis pontosítása céljából:	Igen	Nem
8. Ha az orvoságokat ismételten, hosszabb ideig vénán adják be, akkor szükség lesz egy branül bevezetésére – ez egy kis, steril cső, egyszer használatos, amit a vénába ültetnek be. Figyelembe véve a gyermek életkorát, lázas állapotát, vagy a betegség miatti változásokat, megtörténhet, hogy a branült nem sikerül behelyezni az első próbálkozáskor, és a vénák ismételt punkciójára lesz szükség, néha más nővér segítségét is kell kérni. Biztosítjuk önt, hogy az ismételt punkciót maximális figyelemmel végzik, hogy a gyermeket ért kényelmetlenség a minimálisra csökkenjen. Beleegyezem és elfogadom az orvos által javasolt kezelés bevitelét: emésztés által (szájon- orrszondán át; végbélből - kúpok, oldatok), légzés által (aeroszolok), orron át (orrcseppek), szemen át (a kötőhártya zsákjába csepegtetett cseppek), bőrrel érintkezve (krémek, kenőcsök), injekció által (bőr alatt, bőrreteg közé, intramuszkulárisan, intravénásan, oltásként); orrszondán keresztüli élelmezés, parenterális élelmezés. Ha szükség lesz, beleegyezem a pszichodiagnózis, a logopédiai vizsgálat elvégzésébe, és elfogadom a pszichológus klinikai beavatkozását és/vagy a kinezioterápiás/fizioterápiás beavatkozásokat.	Igen	Nem

Kolozsvári Gyermek-sürgősségi Kórház
A PÁCIENS / SZÜLŐ / TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ BELEEGYEZÉSE

9. Tájékoztattak, hogy minden gyógyszernek lehetnek mellékhatásai, egyes gyógyszereknél gyakrabban, máskor ritkábban, egyes gyógyszereknél gyengébb vagy erősebb megnyilvánulással. Ha a gyermekkel együtt utaltak be a kórházba, amennyiben a gyógyszeres kezelés elkezdése után különböző megnyilvánulások következnek be, elfogadom, hogy azonnal értesítem a kezelőorvost – vagy az ügyeletes orvost vagy nővért, hogy megmondják nekem, ezek a megnyilvánulások az illető gyógyszernek tudhatóak be, mit kell tenni, és melyek a terápiás alternatívák.	Igen	Nem
10. Megjegyzem, hogy az orvosnak megmondtam, jelenleg a páciens milyen gyógyszert szed, mielőtt most beutalták volna (beleértve a véralvadás-gátló vagy vérlemezke elleni gyógyszereket), ezek a következők: 		
11. Radiológiai vizsgálatok elvégzése	Beleegyezés dátuma	Aláírás
1. Röntgen		Igen Nem
2. Computer tomográf		Igen Nem
3. MR		Igen Nem
4. Mások		Igen Nem
12. Invazív vizsgálatok és terápiás eljárások elvégzése	Beleegyezés dátuma	Aláírás
1.		Igen Nem
2.		Igen Nem
3.		Igen Nem
13. Tájékoztattak, hogy a bizonyos procedura/eljárás elvégzésére vonatkozó Beleegyezésemet bármikor visszavonhatom a beutalás időtartama alatt (a procedura/eljárás elvégzése előtt), de akkor felvállalom ezen döntésből származó kockázatokat.		Igen Nem
14. A páciens / szülő / törvényes képviselő a továbbiakban is tájékoztatást kíván kapni a páciens egészségi állapotáról.		Igen Nem
15. Beleegyezem abba, hogy a páciens egészségi állapotára vonatkozó információkat és az orvosi adatokat az alábbi személyekkel közöljék, ez a kívánságom, amit tudatom teljében adok: A páciens / szülő/ törvényes képviselő által megjelölt személy minősége személy/személyek család- és személyneve (rokonság foka / más kapcsolat)		
1.		
2.		
3.		

TÁJÉKOZTATÓ

A magánszemélyek védelmére, a személyes adatok feldolgozására és az adatok szabad áramlására vonatkozó 679/2016 számú (EU) Rendelet követelményei értelmében, amely által hatályon kívül helyezték a 95/46/EK Rendeletet (Általános adatvédelmi szabályzatot), a kolozsvári Gyermeksürgősségi Kórház jóhiszeműen és az érvényes, törvényes rendelkezéseknek megfelelően dolgozza fel az Önök személyes adatait, úgy mint: az Ön család- és személynevét, lakhelyét és személyi azonosítóját, telefonszámát, e-mail címét stb. (és az Ön által megadott többi adatot is), amelyeket orvosi szolgáltatás nyújtása céljából közölt.

Szigorúan betartjuk a szakmai titkot és az adatvédelemre vonatkozó belső szabályokat. Adatközlésre csakis az Önök érdekében vagy a törvényes kötelezettségek betartása miatt kerülhet sor. Számunkra a titoktartás nem csak szakmai kötelezettség, hanem lényeges érték.

Az adatgyűjtés célja megfelel az érvényes, törvényes rendelkezéseknek. A begyűjtött adatokat minden évben felülvizsgáljuk, és elemezzük, hogy az adatok megőrzése mennyiben szükséges a megjelölt célok elérésében, az Önök törvényes érdekében vagy a kórház törvényes kötelezettségeinek teljesítéséért. Töröljük azokat az adatokat, amelyekre már nincs szükségünk.

Az Önök személyes adatait esetenként továbbíthatjuk a kórház külső munkatársainak vagy harmadik egységnek. A személyes adatok közlésére csak akkor kerül sor, ha erre a törvény kötelez minket (például: adóügyi, pénzügyi, rendőri, igazságszolgáltatási, szociális biztonsági szervek esetében). Az adatok biztonságos tárolásához megfelelő műszaki eszközöket használunk. Nem dolgozunk fel adatokat mellékes célokra, vagy az adatgyűjtéssel inkompatibilis célokra.

Önöknek jogukban áll hozzáférni, beavatkozni, törölni, kiegészíteni és átvinni a nekünk közölt adatokat. Léteznek azonban olyan indokok, amelyek nem teszik lehetővé az Önök adatainak azonnali törlését, például, kötelező archiválási időszak, függőben levő keresetek, igények, törvényes jogok gyakorlása vagy védelme stb.

Kijelentem, hogy tájékoztattak arról, hogy a Sürgősségi Kórház feldolgozza személyes adataimat a magánszemélyek védelmére, a személyes adatok feldolgozására és ezen adatok szabad áramlására vonatkozó törvényes előírások (679/2016 sz. Rendelet) szerint.

Tanúsítom, hogy a fentebbieket elolvastam, megértettem, és teljes mértékben elfogadom, következtetésképpen kifejezem:



BELEEGYEZÉSEM



ELUTASÍTÁSOM

Az orvosi beavatkozás elvégzésébe.

Kötelezem magam, hogy jelen egyezményt a távol levő szülő tudomására hozom.

Kelt: ____ / ____ / ____ Óra: ____

A páciens / szülő / törvényes képviselő aláírása

A tájékoztatást végző orvos aláírása: _____

A páciens ápoló orvosi személyzet táblázata		
Sorszám	Család- és személynév	Szakmai státus
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		