

Általános beleegyező nyilatkozat

1. Beleegyezem, hogy az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézetben kórházi gyógykezelésem során a kórisme megállapításához vagy annak pontosításához szükséges, nem műtéti jellegű rutinvizsgálatokat (vérvétel, laborvizsgálatok, EKG, röntgen, ultrahang stb.) elvégezzék.
2. Ugyancsak beleegyezem, hogy az újonnan megállapított vagy valószínűsített kórismém (diagnózisom), valamint meglévő, korábban is ismert betegségeim gyógyítása érdekében az ORFI illetékes kezelőorvosa (osztályos orvos, adjunktus, főorvos) által javasolt és előírt gyógyszeres és nem gyógyszeres (pl. fizioterápiás) kezelést elvégezzék.
3. Tudomásul veszem, hogy a gyógyintézetben orvos (orvostanhallgató, szakorvosjelölt) és gyógytornászképzés, egészségügyi szakszemélyzet (nővér,gyógymasszőr) képzés is folyik. Beleegyezem, hogy kivizsgálásomban és kezelésemben felelős személy jelenlétében és annak felügyelete mellett – a fenti személyek is részt vegyenek, akiket szintén titoktartás kötelez.
4. Beleegyezem, hogy kivizsgálásom és kezelése során – oktatási vagy tudományos célból – az észlelt elváltozásokról fénykép vagy videofelvételek készüljenek azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhetővé és azonosíthatóvá.
5. Tudomásul veszem, hogy valamennyi kockázattal járó diagnosztikai vagy terápiás beavatkozás (pl. ízületi punkció, helyi injekciós kezelés, vénás injekciós, illetve infúziós kezelés) az ORFI-ban csak külön, részletes, írásos tájékoztató anyag elolvasása, a kezelőorvos szóbeli felvilágosítása, kérdéseim megválaszolása és ennek alapján a „BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT A BEAVATKOZÁS ELVÉGZÉSÉRE” című dokumentum aláírása után végezhető el.
6. Hozzájárulok ahhoz, hogy betegséggemmel kapcsolatban közeli hozzátartozó (házastársa, egyeneság-beli rokon, örökbefogadó, mostoha és nevelő, testvér, élettárs) felvilágosítást kaphassanak. Nem kaphat felvilágosítást:
7. Kezelőorvosom a gyógykezeléssel összefüggésben történő adatkezelésről, kivizsgálásom menetéről és a betegséggemmel kapcsolatos orvosi kérdésekről teljes körűen, szóban tájékoztattott melyet elegendőnek találtam. Tudomásul veszem, hogy a gyógykezeléssel kapcsolatos egészségügyi dokumentációba betekinthelek, a zárójelentést ellenszolgáltatás nélkül, további iratok másolatát saját költségemre az ORFI átadja. Ugyanezek a jogok megilletik közeli hozzátartozóimat is, kivéve az általam kizárt személyeket.....
8. Az ORFIosztályára saját kérésemre / beutalással kerültem. A látogatásom érdekében hozzájárulok, hogy személyazonosító adataimat, valamint az osztály és kórterem megjelölését a betegnyilvántartó naplóba bejegyezzék. A látogatók köréből kérem hozzám nem beengedni a hozzátartozóim közül.....
9. Az ORFI Házirendjét elolvastam, az abban foglaltakat magamra nézve kötelezőnek elismerem.
10. A fenti tájékoztatót elolvastam/felolvasták, megértettem, tudomásul veszem, és magamra nézve kötelezőnek fogadom el. Kijelentem, hogy kellő idő állt rendelkezésemre, hogy a fentiek elfogadásáról, befolyásmentesen, szabadon dönthessek. Felelősségem tudatában kijelentem, hogy ezen nyilatkozat megtételére jogosult vagyok.
11. **Beleegyező nyilatkozat adatkezeléshez:**
Alulírott kijelentem, hogy tudomásom van arról, hogy az ORFI Adatvédelmi és Adatkezelési Szabályzatát (SZ05) és Adatvédelmi tájékoztatója az Intézet által végzett adatkezelési műveletekről a GDPR „1” 13 és 14. cikkének megfelelő részletes információkkal rendelkezik, elektronikus formában elérhető az ORFI honlapján (www.orfi.hu), valamint az ORFI székhelyén, illetve telephelyein nyomtatott formában megismerhetem.

Hozzájárulok, hogy az ORFI a vizsgálat során tudomására jutott személyes és egészségügyi adataimat, további egészségügyi szolgáltatás nyújtása céljából továbbítsa harmadik fél, így a beküldő szakorvos, háziorvos, NEAK, EESZT (*Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér*) felé. (Az EESZT egy állami szerv által működtetett, távoli elérésű, adatkezelési rendszer, melybe az állami egészségügyi ellátás adatainak továbbítása 2017. november 1. óta kötelező. Ön az adatai teljes vagy részleges felvitelét ebbe a rendszerbe megtilthatja egyes vagy az összes kórállapotára vonatkozóan ügyfélkapun vagy személyesen a kormányablakokon keresztül. A tiltás az Ön egészségügyi ellátását hátrányosan befolyásolhatja az információk esetleges hiánya miatt. Az általános tiltás eseti, a kezelőorvos előtt tett írásbeli nyilatkozatban feloldható.)

Kijelentem, hogy a jelen nyilatkozat aláírásának időpontjában hatályos Adatvédelmi és Adatkezelési Szabályzatában (SZ05) foglalt rendelkezéseket, adatokat és információkat megismertem, megértettem, azokról az ORFI ezzel megbízott munkatársa teljeskörűen és részletesen tájékoztatott, valamennyi szóban és/vagy írásban feltett kérdésre kimerítő választ kaptam, a válaszokat teljes egészében megértettem, és mindezek alapján az azokban foglalt rendelkezéseket magamra nézve kötelezőnek fogadom el, **adataim kezeléséhez az ott leírt feltételekkel**

HOZZÁJÁRULOK

NEM JÁRULOK HOZZÁ

(megjegyzés: a megfelelő válasz aláhúzendó)

felvevő (kezelő) orvos
aláírása

beteg vagy törvényes képviselő
aláírása

HOZZÁ NEM JÁRULÁS esetén a tanúztatás kötelező

Előttünk, mint tanúk előtt:

Név:

Név:

Aláírás:
Lakcím:

Aláírás:
Lakcím: