

Általános tájékoztató és hozzájáruló nyilatkozat
Transztelefonikus EKG (TTEKG) készítéséről

Tisztelt Páciensünk/ Kedves Hozzártartozó!

A Miskolci Egészségfejlesztési Intézet által végzett törvény által előírt kötelező szűrővizsgálatokon felül, a jelen hozzájáruló nyilatkozat aláírásával lehetősége van gyermeke szív működésének vizsgálatát kezdeményezni transztelefonikus EKG igénybevételével. Mielőtt gyermeke szolgáltatásainkat igénybe veszi az Intézet védőnői minden esetben adategyeztetést végeznek és tájékoztatást adnak az ellátással, és azzal szorosan összefüggő és fontos ismeretekkel kapcsolatban. A jelen „Általános tájékoztató és hozzájáruló nyilatkozat Transztelefonikus EKG (TTEKG) készítéséről” dokumentum átolvasása után, egyetértés esetén kérjük, hogy ezt az iratot minden oldalon szíveskedjenek kézjegyükkel ellátni.

Kérdés esetén kérjük, egyeztessenek időpontot az iskola védőnőjével (védőnő neve, elérhetősége, rendelési ideje) vagy az iskolaorvossal (iskolaorvos neve, elérhetősége, rendelési ideje), hogy ezekre a kérdésekre választ kapjon. Jelen okirat az Intézetben való további megjelenései alkalmával is, nyilatkozata írásos visszavonásáig érvényben marad.

Tájékoztatjuk, hogy a TTEKG jelek fogadása, értékelése és tárolása a MES Magán Egészségügyi Kft. által működtetett TTEKG Központban történik.

Nyilatkozat

Ezen nyilatkozat aláírásával **beleegyezésemet adom**, hogy gyermekem (nevelt gyermekem, gyámoltam, továbbiakban: **Páciens**) a Miskolci Egészségfejlesztési Intézet által végzett szűrővizsgálat keretében **transztelefonikus EKG - telemedicinális** ellátásban részesüljön, gyermekemről transztelefonikus EKG készüljön és az EKG-t gyermekkardiológus szakorvos leletezze, véleményezze

Jelen nyilatkozat a szolgáltatás igénybevételének befejezéséig, illetőleg az aktuális megbetegedésre vonatkozó adatok kivételével, mint általános tájékoztatás a nyújtott szolgáltatásokról és annak igénybevételéről visszavonásig érvényes.

Kérem, és beleegyezem, hogy esetleges kardiológiai kórisme szűrővizsgálat keretében történő megállapításához, vagy annak pontosításához szükséges adatfelvételt és transztelefonikus EKG vizsgálatot a páciensen elvégezzék.

Megerősítem, hogy számomra érthető és teljes körű tájékoztatást kaptam a javasolt vizsgálatról, a vizsgálat elvégzésének tervezett időpontjáról, jellegéről, lefolyásáról.

Beleegyezem, hogy a vizsgálat során a vizsgálatot végző orvoson, asszisztensen kívül az Intézettel szerződéses kapcsolatban álló egészségügyi személyzet is jelen legyen, akiket titoktartási kötelezettség terhel. **Szükség esetén a** szakorvosi véleményt a fent megadott e-mail címre kérem részemre az Intézet által megküldeni. **Adataimban bekövetkezett változások** bejelentését a Szolgáltató felé vállalom, ennek elmulasztása esetén felelősség nem terheli az egészségügyi szolgáltatót.

Minden releváns egészségügyi adat szolgáltatása szükséges a telekardiológiai konzilium megvalósításához (pl. korábbi műtét, gyógyszeres kezelés stb., kérjük erre vonatkozó tájékoztatását).

.....

Tudomással bírok arról, hogy megismerhetem a Páciensre vonatkozó egészségügyi adatokat, **dokumentációba** betekinthetek, orvosi iratairól saját költségemre **másolatokat** kaphatok. Mindezek a jogok megilletik az általam megjelölt azon személyeket is, akik jogosultságukat teljes bizonyító erejű magánokirattal igazolták, kivéve az általam kizárt személyeket.

Jelen **nyilatkozatomban hozzájárulok** ahhoz, hogy az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény alapján az egészségügyi és személyes adataimat a MES Magán Egészségügyi Kft (1138 Budapest, Váci út 184.) továbbá az IMS Kft. (1138 Budapest, Váci út 184.) mint egészségügyi szolgáltató (a transztelefonikus EKG rendszer tulajdonosa) a hivatkozott jogszabályban meghatározott célból papír alapon és elektronikus formában – integrált informatikai rendszerében - kezelje, tárolja.

Az elvégzett ellátásokkal összefüggően kezdeményezett valamennyi jövőbeni eljárás tekintetében a magyar jog alkalmazását és a magyar bíróságok kizárólagos illetékességét.

Vészhelyzet esetén és betegellátási érdekből felmentem a MES Kft.-t az orvosi titoktartás alól és **hozzájárulok ahhoz, hogy az egészségügyi és az ehhez kapcsolódó személyes adataim a kezelő egészségügyi intézménynek átadásra kerüljenek.** A fentiek megszegése miatti minden következmény engem terhel. Tudomással bírok arról, hogy jogom van bármikor **a javasolt vizsgálatok és kezelés elutasítására.** Az emiatt bekövetkező egészségromlásért, egyéb hátrányos következményekért minden felelősség engem terhel és azokat az egészségügyi dolgozókat, akiknek a javaslatát nem fogadtam el, mindennemű felelősség alól felmentem.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a Páciens betegségével/ellátásával kapcsolatban közeli hozzátartozói (egyesen ágbeli rokon, örökbefogadó, mostoha- és nevelőszülő, testvér) felvilágosítást kaphatnak:

.....
Nem kaphat felvilágosítást:.....

A fenti tájékoztatást megértettem, tudomásul veszem és magamra nézve kötelezőnek elfogadom. Kellő idő állt rendelkezésemre, illetve kellő mértékben megkaptam a szükséges tájékoztatást, hogy a fentiek elfogadásáról szabadon dönthessek.

Tanuló neve:	
Lakhelye:	
Anyja neve:	
TAJ:	
Születési hely, idő:	
Gyermeke háziorvosának neve:	
Törvényes képviselő neve:	
Törvényes kapcsolat jellege:	
Törvényes képviselő lakcíme:	
Törvényes képviselő telefon száma:	
Törvényes képviselő e-mail elérhetősége:	

Tervezett szűrővizsgálat, egészségügyi szolgáltatás megnevezése:	Transztelefonikus EKG készítése, leletezése
---	---

A Páciens (kiskorú esetén a törvényes képviselője) dátummal ellátott saját kezű aláírása:

Név:	
Aláírás:	
Kelt: Miskolc,	év, hónap, nap