

## DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATHOZ KAPCSOLÓDÓ DOKUMENTÁCIÓ

A **RADIO DENTAL EXTRA SANGUIS Korlátolt Felelősségű Társaság** (székhelye: 1011 Budapest, Fő utca 56. fszt. 1., statisztikai számjele: 26358293-8690-113-01, cégjegyzékszám: 01-09-325999) mint szolgáltató – a továbbiakban: Szolgáltató – az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) szerinti egészségügyi szolgáltató, amely egészségügyi szolgáltatás nyújtására (Járóbeteg ellátás / Diagnosztika / Egyéb ellátás / Vér- és szövetvizsgálat) – a továbbiakban: egészségügyi szolgáltatás – saját nevében jogosult szervezet, e minőségében pedig vér- és szövetvizsgálati központot működtet a székhelyén.

### Szolgáltató tájékoztatója:

Szolgáltató külön tájékoztatja Páciens az egészségügyi dolgozó tevékenységének ellátásával kapcsolatos alábbi információkról:

Az egészségügyi dolgozó az egészségügyi tevékenységet, az adott helyzetben általában elvárható gondossággal, a szakmai követelmények keretei között, etikai szabályok megtartásával, legjobb tudása és lelkiismerete szerint, a rendelkezésére álló tárgyi és személyi feltételek által meghatározott szinten, szakmai kompetenciájának megfelelően nyújtja. Az egészségügyi dolgozó – amennyiben a Páciens egészségi állapotát károsan nem befolyásolja és a Páciens más orvoshoz irányítja – az egészségügyi tevékenységet megtagadhatja, ha az adott tevékenység erkölcsi felfogásával, lelkiismereti vagy vallási meggyőződésével ellenkezik.

Szolgáltató az egészségügyi szolgáltatás a részére átadott orvosi beutaló alapján végzi el. Beutaló hiányában Szolgáltató kizárólag akkor abban az esetben tud egészségügyi szolgáltatást nyújtani, ha Páciens írásban nyilatkozik arról, azt vélelmezi, hogy egészségi állapota az azonnali ellátását indokolja és a beutalásra jogosult orvos felkeresése az ellátását jelentősen késlelteti. Ezzel összefüggésben Szolgáltató nem tehető felelőssé mindazon károkért, amelyek az egészségügyi szolgáltatás indokolatlan igénybevételéből erednek.

### Páciens nyilatkozatai:

*Abban az esetben, ha rendelkezik beutalóval*

1. Alulírott Páciens, a jelen dokumentáció aláírásával úgy nyilatkozom, hogy Szolgáltatótól teljes körű tájékoztatást kaptam
  - a betegjogokról, azok érvényesítésének lehetőségeiről, illetve Szolgáltató házirendjéről;
  - arról, hogy az egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor köteles vagyok tiszteletben tartani az erre vonatkozó jogszabályokat és Szolgáltató működési rendjét;
  - arról, hogy köteles vagyok a Szolgáltató által megállapított térítési díjat megfizetni.
2. Alulírott Páciens, a részemre nyújtott tájékoztatás ismeretében kérem, hogy a számomra kiállított, Szolgáltató részére átadott beutaló szerint megjelölt diagnosztikai vizsgálatot elvégezni szíveskedjenek!

3. Tudomásul veszem, hogy a vizsgálat invazív beavatkozásnak (a beteg testébe bőrön, nyálkahártyán vagy testnyíláson keresztül behatoló fizikai beavatkozás, ide nem értve a beteg számára szakmai szempontból elhanyagolható kockázatot jelentő beavatkozásokat) minősül, amelynek elvégzéséhez a jelen jognyilatkozatom aláírása útján hozzájárulásomat adom.
4. Úgy nyilatkozom végül, hogy a Szolgáltató Adatkezelési Tájékoztatójában foglaltakat megismertem, e rendelkezéseket tudomásul veszem, az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény, valamint az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezéseinek megfelelően a jelen jognyilatkozatom aláírása útján írásbeli hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy Szolgáltató a felvett személyes adataimat és különleges személyes adataimat – a céljának és 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 szóló, az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendeletének megfelelően – kezelje és továbbítsa. A jelen jognyilatkozatom aláírása útján hozzájárulásomat adom továbbá ahhoz is, hogy Szolgáltató az általam megadott telefonszámra marketing célú SMS üzenet értesítést küldjön.
5. A jelen jognyilatkozatom aláírása útján hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy Szolgáltató a személyes adataimat, valamint a 2. pontban megjelölt beavatkozás által kinyert szövetet, vért, véralkotórészt a beutaló egészségügyi szolgáltatónak továbbítsa.

----- Aláírás	
----- Név	----- Dátum

*Abban az esetben, ha nem rendelkezik beutalóval*

1. Alulírott Páciens, a jelen dokumentáció aláírásával úgy nyilatkozom, hogy Szolgáltatótól teljes körű tájékoztatást kaptam
  - a betegjogokról, azok érvényesítésének lehetőségeiről, illetve Szolgáltató házirendjéről;
  - arról, hogy az egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor köteles vagyok tiszteletben tartani az erre vonatkozó jogszabályokat és Szolgáltató működési rendjét;
  - arról, hogy köteles vagyok a Szolgáltató által megállapított térítési díjat megfizetni.
2. Alulírott Páciens, a részemre nyújtott tájékoztatás ismeretében, a számomra kiállított orvosi beutaló nélkül is kérem, hogy a számomra az alább megjelölt diagnosztikai vizsgálato(ka)t

elvégezni szíveskedjenek, mert azt vélelmezem, hogy az egészségi állapotom azonnali ellátást indokol és a beutalásra jogosult orvos felkeresése az ellátásomat jelentősen késlelteti! Megértettem, hogy a jelen dokumentáció beutaló hiányára vonatkozó tartalmát, egyúttal tudomásul veszem, hogy a beutaló nélkül igénybe vett egészségügyi szolgáltatásból eredő kockázatokat magam viselem.

vérvétel	
vizeletvizsgálat	
székletvizsgálat	
testváladék-vizsgálat	
szövetvizsgálat	

*a kért vizsgálat „x”-szel jelölendő*

3. Tudomásul veszem, hogy a vizsgálat invazív beavatkozásnak (a beteg testébe bőrön, nyálkahártyán vagy testnyíláson keresztül behatoló fizikai beavatkozás, ide nem értve a beteg számára szakmai szempontból elhanyagolható kockázatot jelentő beavatkozásokat) minősül, amelynek elvégzéséhez a jelen jognyilatkozatom aláírása útján hozzájárulásomat adom.
6. Úgy nyilatkozom végül, hogy a Szolgáltató Adatkezelési Tájékoztatójában foglaltakat megismertem, e rendelkezéseket tudomásul veszem, az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény, valamint az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezéseinek megfelelően a jelen jognyilatkozatom aláírása útján írásbeli hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy Szolgáltató a felvett személyes adataimat és különleges személyes adataimat – a céljának és 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 szóló, az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendeletének megfelelően – kezelje és továbbítsa. A jelen jognyilatkozatom aláírása útján hozzájárulásomat adom továbbá ahhoz is, hogy Szolgáltató az általam megadott telefonszámra marketing célú SMS üzenet értesítést küldjön.

-----	
Aláírás	
-----	-----
Név	Dátum