

SZÜLŐI BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

A hozzájáruló személy

teljes neve nyomtatott betűkkel:	
lakcíme:	
TAJ száma:	

A hozzájáruló személy által képviselt gyermek

teljes neve nyomtatott betűkkel:	
TAJ száma:	

A tájékoztatást végző személy

teljes neve nyomtatott betűkkel:	
pecsét száma:	
beosztása:	

Kijelentem, hogy megkaptam „Az alapellátás és népegészségügy rendszerének átfogó fejlesztése” című (EFOP-1.8.2-17-2017 VEKOP-7.2.3-17 számú) programról (továbbiakban: Program) szóló tájékoztatót, mely jelen nyilatkozatom elválaszthatatlan mellékletét képezi. A tájékoztatót megértettem, lehetőségem volt kérdéseket feltenni. Kérdéseimre kielégítő válaszokat kaptam. Felvilágosítottak a részvétel lehetséges előnyeiről és kockázatairól.

A fenti tájékoztatás alapján kijelentem, hogy hozzájárulok ahhoz, hogy az általam képviselt gyermek a **Program által nyújtott egészségügyi szolgáltatásokat igénybe vegye**. Döntésemet önként, befolyástól mentesen hoztam. Tudomásul veszem, hogy a programban való részvételtől szóló döntésemet szóban vagy írásban bármikor indokolás nélkül visszavonhatom, anélkül, hogy az rám nézve bármilyen negatív következményel járna.

Hozzájárulok ahhoz, hogy az általam képviselt gyermeknek személyes adatait (név, lakcím, TAJ), és egészségügyi adatait (a Program egészségügyi szolgáltatásainak igénybevétele során rögzített adatokat, a háziorvos/gyermekorvos által vagy az általam a Program rendelkezésére bocsátott ellátási adatait, kórtörténetét), valamint nemzetiségi hovatartozásával kapcsolatos különleges adatait a Program keretében kezeljék, tárolják. Az adatkezelés a hatályos adatvédelmi jogszabályok maradéktalan betartásával 2030. szeptember 30-ig tart.

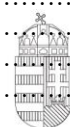
Hozzájárulok ahhoz, hogy az adatokat általam képviselt gyermek személyéhez rendeltén tárolják az általam képviselt gyermeket ellátó gyermekorvos/háziorvos informatikai rendszerében, általam képviselt gyermeket ellátó védőnő rendelőjében elzárt módon és a praxisközösség informatikai rendszerében, amihez a Nemzeti Népegészségügyi Intézet biztosít tárhelyet. Hozzájárulok ahhoz is, hogy ezeket az adatokat az általam képviselt gyermek ellátása során, valamint a Program eredményességének vizsgálatához használják fel. Utóbbi esetben ennek feltétele, hogy az adatok felhasználása az általam képviselt gyermek azonosítására alkalmatlan formában történjen. Ilyen irányú felhasználás esetén ahhoz is hozzájárulok, az általam képviselt gyermek TAJ számát használják az ő, Program során gyűjtött adatai és az ő Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőnél tárolt adatai összekapcsolásának erejéig, de csak és kizárólag ennek érdekében és annak idejéig.

.....
aláírás

Kelt.....

Egészségügyi Ellátórendszer
Név nyomtatott betűkkel:
Szülők Modernizációs Fejlesztése
Anyja neve:
EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001
Lakcím:
Aláírás:

2. számú tanú:

MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

SZÉCHENYI 2020

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

A Beleegyző Nyilatkozat melléklete

TÁJÉKOZTATÓ

„Az alapellátás és népegészségügy rendszerének átfogó fejlesztése” elnevezésű program (továbbiakban Program) keretében nyújtandó egészségügyi és népegészségügyi szolgáltatásokról

A Program célja, hogy az alapellátás (házi orvosi, házi gyermekorvosi, védőnői, iskolaorvosi ellátás) az Ön által képviselt gyermek számára a betegellátási tevékenység mellett egészségfejlesztési, betegségmegelőzési, szűrési, tanácsadási szolgáltatásokat is nyújtson, az alapellátásban újonnan alkalmazott egészségügyi szakemberek (népegészségügyi szakember, gyógytornász, dietetikus, egészségfelelős, pszichológus, szakorvos) bevonásával, és ennek révén Ön közösségi keretek között emelt színvonalú egészségügyi szolgáltatást kapjon.

A Program és annak keretében kidolgozott korszerű egészségügyi szolgáltatások a Nemzeti Népegészségügyi Intézettel való együttműködés eredményeként valósultak meg.

A Programban való részvétel elsősorban az Ön által képviselt gyermek érdekét szolgálja. Lehetősége nyílik az egészségét veszélyeztető tényezők, esetleges már kezdődő, vagy kialakult, de tüneteket még nem okozó betegségek felismerésére és megfelelő ellátására.

Ugyanakkor a Programban való részvételével Ön segíti az egészségügyi ellátás fejlesztését célzó kormányzati törekvéseket is, mert a Program tapasztalatai alapján lehetőség lesz az egészségügyi szolgáltatások fejlesztésének megtervezésére.

Hozzájárulását kérjük ahhoz, hogy Ön által képviselt gyermek részt vegyen a magyar egészségügyi alapellátás minőségének javítását célzó Programban.

Mielőtt eldöntené, hogy hozzájárul-e az az Ön által képviselt gyermek részvételéhez, kérjük, olvassa el figyelmesen az alábbi tájékoztatót. Bármilyen kérdése merül fel a Programmal kapcsolatban, kérjük, forduljon bizalommal a Programban résztvevő egészségügyi személyzethez!



Egészségügyi Ellátórendszer
Szakmai Módszertani Fejlesztése
EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

Milyen szakemberekkel fogok én és az általam képviselt gyermek találkozni az ellátás során?

Több háziiorvosi és házi gyermekorvosi praxis egy praxisközösségnek nevezett csoportban dolgozik együtt további egészségügyi szakemberekkel (például népegészségügyi szakemberrel, praxisnővérrel, dietetikussal, gyógytornással, védőnővel, pszichológussal, szakorvossal) az Ön által képviselt gyermek egészségének megőrzése, egészségi állapotának, életminőségének javítása érdekében.

Mit jelent az egészségi állapot felmérés?

Az egészségi állapot felmérés egy új egészségügyi szolgáltatás, amit a háziiorvosa és a praxisnővére végez el. A szakemberek az Ön által képviselt gyermek egészségi állapotának és az azt veszélyeztető tényezőknek a meghatározását végzik el. Erre azért van szükség, hogy meghatározható legyen, hogy Önnek az egészségügyi személyzet támogatásával mit szükséges tennie a saját egészségéért.

Ha az egészségi állapot felmérése során valamilyen kockázatot állapítanak meg, akkor a praxisközösségen belül szervezett egyéni gondozást vagy csoportos foglalkozásokon való részvételt fognak felkínálni az Ön által képviselt gyermeknek a kockázat csökkentése vagy megszüntetése céljából. A célzott gondozás végén az Ön által képviselt gyermek állapotát ismét részletesen felméri és dokumentálják annak érdekében, hogy a gondozás hatékonyságát értékelni lehessen.

Kötelező részt vennie az Ön által képviselt gyermeknek az egészségi állapot felmérésen és igénybe vennie a felkínált többlétszolgáltatásokat?

Nem kötelező. Az egészségi állapot felmérésen, illetve valamennyi többlétszolgáltatásban való részvétel önkéntes, az Ön tájékozott beleegyezésén múlik. Ha úgy dönt, hogy hozzájárul az Ön által képviselt gyermek részvételéhez az egészségi állapot felmérésen vagy a felkínált praxisközösségi szolgáltatásokon, akkor kérjük, hogy írja alá a Hozzájáruló Nyilatkozatot. Beleegyezését később bármikor indoklás nélkül, mindenféle következmény nélkül akár szóban is visszavonhatja. Ha most úgy dönt, hogy nem járul hozzá az Ön által képviselt gyermek egészségi állapot felméréséhez, vagy a felkínált szolgáltatások igénybe vételéhez, később bármikor megváltoztathatja elhatározását. Döntése semmilyen módon nem befolyásolja az Ön által képviselt gyermek későbbi egészségügyi ellátását, ha arra rászorul!



Mi történik az egészségi állapot felmérésen?

A praxisközösség tagjai 30-45 perces beszélgetés segítségével felmérik az Ön által képviselt gyermek egészségi állapotát és megvizsgálják fizikai állapotát. A szakemberek figyelembe veszik az Ön által képviselt gyermek egészségügyi ellátása során addig diagnosztizált betegségeket, és ezeknek az ellátása során nyert leleteket.

Mit kell tennem, ha azt szeretném, hogy az általam képviselt gyermek részt vegyen az egészségi állapot felmérésen, mi az első lépés?

A Programban történő részvétel első lépéseként vegye fel a kapcsolatot a vizsgálatért felelős védőnővel (név:....., telefonszám:.....). A védőnővel egyeztetett időpontban és helyen készül el az egészségi állapot felmérés kérdőíves része, amelyre kérjük, hogy az Ön által képviselt gyermekkel együtt érkezzen.

Mi fog történni, ha az Ön által képviselt gyermek igénybe veszi a praxisközösség által szervezett többlétszolgáltatást?

Ha úgy dönt, hogy elfogadja a felkínált lehetőséget és hozzájárul ahhoz, hogy az Ön által képviselt gyermek igénybe vegye a praxisközösség által nyújtott többlétszolgáltatást, akkor az egyeztetett időpontokban Önnek és az Ön által képviselt gyermeknek meg kell jelenni a szolgáltatás helyszínén és részt kell venniük a gyakorlatokon, kezeléseken oktatási programokon.

Milyen eljárásokat fognak az Ön által képviselt gyermeknek kipróbálni?

Semmilyet. A Program azt biztosítja, hogy az egyébként is létező egészségügyi szolgáltatásokat Ön által képviselt gyermek szervezettebb körülmények között és az alapellátás részeként tudja igénybe venni. A Program nélkül ezeket a szolgáltatásokat a gyermekek nem feltétlenül, vagy csak a szakellátás keretein belül kapják meg.

Mik lehetnek a részvétel kockázata?

Az egészségi állapot felmérés az Ön által képviselt gyermek esetében kérdőíves adatfelvételtől és fizikai vizsgálatból áll, amely természetesen nem jár semmilyen kockázattal így a felmérés során nem fogják veszélyeztetni az Ön által képviselt gyermek egészségét.



NEMZETI NÉPEGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT

1097 Budapest, Albert Flórián út 2-6.

Telefonszám: (1) 476 1100

Levelezési cím: 1437 Budapest, Pf. 839.

Bizalmasan kezelik majd az Ön által képviselt gyermek adatait a vizsgálatban?

Minden Önről gyűjtött információt a legszigorúbb adatvédelmi szabályok betartásával kezelünk. Minden adat tárolása és feldolgozása a Nemzeti Népegészségügyi Központban történik, ahol a legteljesebb diszkrécióval fogják kezelni az Ön által képviselt gyermek adatait, azokhoz csak a Programban dolgozók férhetnek hozzá. Az Ön által képviselt gyermek adatait 2030. szeptember 30-ig megőrzik, majd biztonsági szabályok betartása mellett megsemmisítik.

Mi történik a vizsgálat eredményeivel?

A Program során keletkezett adatokat az egészségügyi alapellátás fejlesztésének megtervezéséhez használják fel. Az eredmények azt fogják segíteni, hogy a mainál hatékonyabb legyen az alapellátás. Az eredményeket az egyes résztvevők anonimitását megőrizve tudományos fórumokon publikálják.

Ki szervezi ezt a vizsgálatot?

A felmérést a Nemzeti Népegészségügyi Központ szervezi.

Amennyiben további információkra lenne szüksége, forduljon bizalommal a felmérésért felelős dr. Sándor Jánoshoz személyesen vagy e-mail-ben (janos.sandor@med.unideb.hu) vagy a 06-20-9323140-es telefonszámon.



Egészségügyi Ellátórendszer
Szakmai Módszertani Fejlesztése
EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE