

NYILATKOZAT

közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatók Központi Implantátumregiszterbe történő adatfelvételére vonatkozóan

Alulírott, _____(név beírandó), mint a _____(egészségügyi szolgáltató neve beírandó) (Szolgáltató) törvényes képviselője / felelős vezetője a Szolgáltató Központi Implantátumregiszterbe történő adatfelvételére vonatkozóan az alábbiak szerint nyilatkozom.

A Szolgáltató az intézményben végzett implantátumok beültetéséről, kivételéről és cseréjéről a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) által működtetett informatikai felület alkalmazásával pontos, a valóságnak megfelelő, naprakész, és teljes körű nyilvántartást vezet, amelyben rögzíti az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eü. tv.) 101/C §-ban meghatározott adatokat.

A Szolgáltató vállalja, hogy a fenti adatokat legkésőbb a beavatkozással érintett személy Szolgáltatótól történő elbocsátásának időpontjáig, vagy az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló kormányrendeletben foglalt finanszírozási jelentéstétel napján felviszi a nyilvántartásba. A Szolgáltató az adatfelvitellel egyidejűleg, elektronikusan továbbítja a Központi Implantátumregiszter részére a nyilvántartásban szereplő adatokat.

Szolgáltató tudomásul veszi, hogy a NEAK a Központi Implantátumregiszter részére történő adattovábbítást követően a személyazonosító adatok tekintetében kapcsolati kódot képez. A NEAK a kapcsolati kódot az általa működtetett informatikai alkalmazás útján megküldi a nyilvántartást vezető egészségügyi szolgáltatónak. Szolgáltató gondoskodik arról, hogy a kapcsolati kódot feltünteti az egészségügyi dokumentációban.

A Szolgáltató felelősséget vállal azért, hogy a nyilvántartásába feltöltött adatok a valóságnak megfelelnek, és a kapcsolati kód alapján a beteg szükség esetén a Szolgáltató által elérhető, illetőleg értesíthető.

Szolgáltató gondoskodik továbbá arról, hogy a betegeket tájékoztatja a Központi Implantátumregiszter működéséről.

_____, 20____. _____.

_____ (név beírandó)

_____ (aláírás beírandó)