



BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT
CT / Coronaria CT vizsgálatához

Alulírott

Név:
születési idő:
anyja neve:
TAJ-szám:
lakcím:

kijelentem, hogy megkaptam azt a CT vizsgálatra vonatkozó betegtájékoztatót, amelyet nyugodt körülmények között módomban volt tüzetesen áttanulmányozni és ennek alapján aláírással igazolom, hogy a vizsgálatba beleegyezem. Tudomással bírok a vizsgálat elvégzésének előnyeiről és kockázatairól, a vizsgálat folyamatáról.

A vizsgálatot végző orvosnak/kioktatott szakasszisztensnek az alábbi kérdéseket tettem fel:

1.kérdés.....
.....

Válasz.....
.....

2.kérdés.....
.....

Válasz.....
.....

3.kérdés.....
.....

Válasz.....
.....

Kijelentem, hogy a kérdéseimre kapott válaszokat és tájékoztatást megértettem, így az előttem álló CT vizsgálat elvégzéséhez saját elhatározásomból hozzájárulásomat adom.

A vizsgálat elvégzése előtt szükséges az alábbi kérdések megválaszolása:

(Kérjük aláhúzással jelölje a megfelelőt)

1. Korábban kapott-e már érbe jódos (röntgen) kontrasztanyagot: IGEN NEM

2. Korábbi kontrasztanyag vizsgálat során tapasztalt-e kellemetlen mellékhatást? IGEN NEM

Ha igen, mi volt az?
.....

3. Van-e Önnek szív-, vese-, pajzsmirigy- vagy cukorbetegsége? IGEN NEM

4. Volt-e már Önnek eszméletvesztéssel járó rosszulléte? IGEN NEM

5. Van-e Önnek ismeretlen súlyos aorta billentyű szűkülete? IGEN NEM

6. Van-e Önnek ismert súlyos szívelégtelensége? IGEN NEM



Intézeti Protokoll
Betegtájékoztatás és beleegyező nyilatkozatok alkalmazása
30.sz. melléklet

Oldal: 2/2
Kiadás száma: 1

7. Van-e Önnek asztmája? IGEN NEM

8. Van-e Önnek egyéb allergiás betegsége? (pl.: szénanátha, gyógyszerérzékenység, stb.) IGEN NEM

9. Van-e Önnek valamilyen fertőző betegsége? IGEN NEM

Ha igen, melyek ezek?

10. Szed-e metformin tartalmú gyógyszert? IGEN NEM

11. Jelenleg tud-e terhességről? IGEN NEM

Beleegyezem, hogy az eddigi leleteimet, zárójelentéseimet, valamint a magammal hozott képanyagot lemásolják.

Tájékoztatott arról, hogy az ellátásom során keletkezett egészségügyi adataim feltöltésre kerülnek az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térbe (EESZT), amihez rajtam kívül az ellátásomat végző egészségügyi szolgáltatók is hozzáférnek. Tájékoztatott továbbá, hogy az egészségügyi adataimhoz eleve korlátozott a hozzáférés, alapállapotban csak a kezelőorvosom vagy a kezelésben részt vevő orvos férhet hozzá a kezelés ideje alatt. Jogosult vagyok rendelkezni az EESZT által kezelt egészségügyi adataimmal, valamint engedélyezni és korlátozni tudom a hozzáférési jogosultságát az egészségügyi szolgáltatóknak, orvosoknak. Az egészségügyi adataimmal való rendelkezéseimet megtehetem az EESZT lakossági portálján (www.eeszt.gov.hu) vagy személyes ügyintézés keretében bármely Kormányablaknál.

Nyilatkozat: a vizsgálat elvégzése előtt ismételt tájékoztatásban részesültem, a vizsgálat elvégzésébe és az intravénás kontrasztanyag beadásába beleegyezem, és azt kérem.

Budapest, 20.....év.....hónap.....nap.

.....
tájékoztató aláírása

.....
vizsgáló orvos aláírása

.....
beteg/törvényes képviselőjének
aláírása

Nyilatkozat: a vizsgálat elvégzése előtt ismételt tájékoztatásban részesültem, az intravénás kontrasztanyag beadásába nem egyezem bele.

Budapest, 20.....év.....hónap.....nap.

.....
beteg/törvényes képviselőjének aláírása

Budapest,

.....
tájékoztató

.....
beteg vagy törvényes képviselője