



BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT
CT / Coronaria CT vizsgálatához

Alulírott

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

A *tervezett CT vizsgálatra* vonatkozó betegtájékoztatót elolvastam, az abban foglaltakat és a személyre szabott, egyéniesített, minden releváns részletre kiterjedő szóbeli orvosi tájékoztatást megértettem, amely kitért a vizsgálattal kapcsolatos valamennyi fenti kérdésre. Ugyancsak megértettem a vizsgálattal kapcsolatos valamennyi szövődmény kockázatát. A szóbeli tájékoztatás, illetőleg részletes felvilágosító beszélgetés során az általam feltett kérdésekre kielégítő választ kaptam.

Jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy betegséggemmel, az eddigi kezeléssel kapcsolatosan információt nem hallgattam el. Kijelentem továbbá, hogy tudomásom van arról, hogy a felajánlott orvosi ellátást – a vonatkozó jogszabályokban meghatározott esetekben és módon – visszautasíthatom, illetve beleegyezésemet bármikor visszavonhatom.

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

1.kérdés.....
.....
Válasz.....
.....
2.kérdés.....
.....
Válasz.....
.....
3.kérdés.....
.....
Válasz.....
.....

Kijelentem, hogy 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



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

Oldal: 2/2
Kiadás száma: 2

- | | | |
|--|------|-----|
| 5. Van-e Önnek ismer súlyos aorta billentyű szűkülete? | IGEN | NEM |
| 6. Van-e Önnek ismert súlyos szívelégtelensége? | IGEN | NEM |
| 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.

Tájékoztattak 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. Tájékoztattak 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.

.....
.....
beteg vagy törvényes képviselőjének
aláírása (törv. képviselet jogcíme)

.....
.....
vizsgáló orvos aláírása

.....
.....
tájékoztatót végző
aláírása

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

Budapest, 20....év.....hónap.....nap.

.....
.....
beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása
(törv. képviselet jogcíme)

.....
.....
tájékoztatót végző aláírása