

Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet Cegléd, Törteli u. 1-3.
Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat CT vizsgálat elvégzéséről

Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni!

Név:.....

Születési dátum:.....

Kedves Betegünk!

Önt kezelőorvosa a panaszai illetve a betegsége pontos tisztázására, valamint a megfelelő kezelés megválasztása/követése érdekében CT-vizsgálatra küldte.

A kezében tartott tájékoztató ezen oldala a vizsgálatmal kapcsolatos kérdéseinket és az Ön beleegyezői nyilatkozatát tartalmazza. A másik oldalon - kérjük ezt is figyelmesen olvassa el - a CT-vizsgálat menetével, az Ön teendőivel és az esetleges szövődeményekkel kapcsolatos információt foglaltuk össze. Ha bármilyen egyéb kérdése lenne, kérjük forduljon a vizsgáló operátorhoz vagy a vizsgálatot végző orvoshoz.

Amennyiben nem tudja elolvasni a tájékoztatót, a személyzet segít Önnek.

A CT-vizsgálatok előjegyzési sorrendben történnek, előfordulhat azonban, hogy súlyosabb állapotú betegek sürgős vizsgálata miatt az Ön vizsgálata a megadott időpontnál később kezdődik, ezért megértését kérjük. Jelentősen segíti a vizsgálat eredményességét, ha Ön a várakozás ideje alatt tájékozódik a vizsgálatról és felkészül a következőkben leírtaknak megfelelően.

A vizsgálat után az írásos lelet elkészítése több órát vehet igénybe. Ha ezt nem tudja megvárni, javasoljuk, hogy az eredményt:

- későbbi időpontban vegye át személyesen
- bizzon meg valakit a lelet későbbi átvételével (ehhez írásbeli meghatalmazás szükséges)
- kérheti az eredmény postázását, ha Ön megcímzett, bélyeggel-ellátott borítékot hoz és ad le a recepción

Kérjük, hogy az Ön számára legmegfelelőbb megoldást karikázza be és döntését közölje a recepción, illetve töltse ki az alábbiakat, ha a leletet nem ön veszi át:

MEGHATALMAZÁS LELET FELVÉTELHEZ

Meghatalmazom-t, született:, anyja neve:

hogy a rólam készült vizsgálat eredményét részemre átvegye. A meghatalmazottat értesítem arról, hogy a vizsgálati eredményt a személyigazolványa bemutatása mellett veheti át.

Beteg (vagy törvényes képviselő) aláírása:.....

KÉRJÜK, ALÁHÚZÁSSAL VÁLASZOLJON AZ ALÁBBI KÉRDÉSEKRE!

Tud-e arról/van-e önnek valamilyen gyógyszerre túlérzékenysége?	NEM	IGEN
Tud-e arról/van-e Önnek vérzékenysége?	NEM	IGEN
Tud-e arról/van-e önnek fertőzőbetegsége (TBC, májgyulladás, stb.) ?	NEM	IGEN
Kapott-e korábban CT-vizsgálathoz kontrasztanyagot?	NEM	IGEN
Ha igen, voltak-e allergiás tünetei?	NEM	IGEN
Fennáll-e terhesség Önnél?	NEM	IGEN
Szoptat-e?	NEM	IGEN
Tud-e arról, hogy Önnek vesebetegsége lenne?	NEM	IGEN
Van-e egyéb említésre méltó betegsége?	NEM	IGEN
Ha igen, mi az?.....		
Kérjük, adja meg testsúlyát:..... kg		

Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet Cegléd, Törteli u. 1-3.
Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat CT vizsgálat elvégzéséről

Rendszeresen szedett gyógyszerei közül bizonyos cukorbetegségben alkalmazott gyógyszerek esetén jódtartalmú kontrasztanyag nem adható, illetve kontrasztanyag vizsgálatot megelőzően és azt követően 2 (kettő) napig ezek az antidiabetikus gyógyszerek nem szedhetők.

Kérjük húzza alá azokat a gyógyszereket, melyeket rendszeresen szed az alábbiak közül:

Adimet, Avandemet, Competact, Eucreas, Formet, Glucient, Gluforlyn XR, Janumet, Meforal, Merckformin, Metfogamma, Metformin, Metrivin XR, Mylmet, Normaglyc, Stadamet, Velmetia, Vipdomet, Xigduo

NYILATKOZAT CT-VIZSGÁLAT ELVÉGZÉSÉRŐL

Alulírott kijelentem, hogy ezen **F-680/2** jelű írásbeli beleegyező nyilatkozat mindkét oldalát valamint az **átadott F-729** jelű részletes tájékoztatót a CT vizsgálat végzéséről elolvastam, (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), a vizsgálat lényegét megértettem, s a javasolt **CT VIZSGÁLATBA**, szükség esetén vénás kontrasztanyag adásába, illetve szövődmény esetén a szükséges terápiás beavatkozásba **BELEEGYZEM**.

Megértettem, hogy terhességben a vizsgálat csak súlyos betegség gyanúja esetén végezhető el, mivel a röntgen sugárzás a magzatot károsíthatja. Tudomásul veszem, hogy ha a vizsgálat elkészültét követő 30 naptári napon belül nem veszem át a vizsgálat eredményét, az megsemmisítésre kerül. További másolatot csak az érvényes díjtétel szerinti térítés ellenében tudnak számomra biztosítani. Tudomásul veszem és hozzájárulok ahhoz, hogy a vizsgálatommal kapcsolatban keletkezett egészségügyi dokumentációt (képek, leletek, stb.) a Kórház a mindenkori adatvédelmi szabályok betartásával kezeli és tárolja.

Beteg (vagy törvényes képviselő) aláírása:.....

Cegléd, 20...évhó.....nap

KONTRASZTANYAG ADÁSÁBA NEM EGYZEM BELE (tudomásul veszem, hogy amennyiben a vizsgálatot visszautasítom, a radiológus orvost és a kezelőorvosomat nem terheli felelősség az emiatt fellépő káros következményekért, illetve a gyógyulás kedvezőtlen alakulásáért).

Beteg (vagy törvényes képviselő) aláírása:.....

A CT-VIZSGÁLAT ELVÉGZÉSÉBE NEM EGYZEM BELE (tudomásul veszem, hogy amennyiben a vizsgálatot visszautasítom, a radiológus orvost és a kezelőorvosomat nem terheli felelősség az emiatt fellépő káros következményekért, illetve a gyógyulás kedvezőtlen alakulásáért).

Beteg (vagy törvényes képviselő) aláírása:.....

A felvilágosítást adó orvos aláírása:.....