

## Beleegyző nyilatkozat CT (számítógépes réteg) vizsgálatához

Beteg neve:	
Születési helye, ideje:	
TAJ -száma:	
Törvényes képviselő neve:	

### A beavatkozás pontos megnevezése:

Alulírott, a jelen nyilatkozat aláírásával tanúsítom, hogy kezelőorvosom megfelelő, számomra érthető módon, részletesen tájékoztatott az alábbiakról:

- a javasolt vizsgálatról, beavatkozásról és annak kockázatairól, szövődményeiről
- a javasolt vizsgálat, beavatkozás elvégzésének vagy elmaradásának lehetséges előnyeiről és hátrányairól
- a javasolt vizsgálat, beavatkozás tekintetében döntési jogomról
- a javasolt vizsgálat, beavatkozás folyamatáról és várható kimeneteléről
- az esetemben szóba jöhető vizsgálat, beavatkozás legfontosabb következménye, mellékhatása, szövődménye lehet még (a tájékoztatóban leírtakon felül):

### További kérdéseim:

- Szóban feltett kérdéseimre megfelelő, számomra érthető választ kaptam, melyeket megértettem és kijelentem, hogy több kérdésem nincs.
- Kijelentem, hogy kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon, fenyegetéstől és kényszertől mentesen dönthessek arról, hogy milyen kezelést szeretnék.
- Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, melyek kedvezőtlenül befolyásolhatják a várható gyógyulásomat, ezekért az orvosaimat felelősség nem terheli.
- Tudomásom van arról, hogy a beavatkozás elvégzésébe való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. Az emiatt bekövetkező egészségromlásért, egyéb hátrányos következményekért minden felelősség engem terhel. Tudomásom van arról, hogy alapos ok nélküli visszavonás esetén kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.
- Tudomásul veszem, és elfogadom, hogy a vizsgálatot, beavatkozást a szervezeti egység vezetője vagy annak megbízottja által kijelölt orvos, illetve orvoscsoport végzi el.
- **A fenti tájékoztatás kellő mérlegelése alapján beleegyezem, illetve kérem a fentebb megnevezett vizsgálat, beavatkozás, illetve a szükségessé váló, elkerülhetetlen beavatkozások elvégzését.**

**Intravénás (érpályába adott) és Per oralis (szájon át itatott) kontrasztanyag beadásához hozzájárulok:** **IGEN** **NEM**

Kelt: Ózd, \_\_\_\_\_

Orvos aláírása, P.h.

Beteg vagy törvényes képviselő aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú igazolása:

Név:	Név:
Sz.ig.szám:	Sz.ig.szám:
Lakcím:	Lakcím:
Aláírás:	Aláírás:

**Az alább felsorolt kérdésekre adott válaszával kérjük, segítsen a CT-vizsgálat kockázatának csökkentésében:**

Húzza alá a megfelelő választ!

**Van-e Önnek:**

Pajzsmirigy betegsége (alul vagy túlműködése)?	<b>IGEN</b>	<b>NEM</b>
Vesebetegsége (eGFR-szint kisebb, mint 30)?	<b>IGEN</b>	<b>NEM</b>
Asztája, allergiája?	<b>IGEN</b>	<b>NEM</b>
Szív- és érrendszeri betegsége?	<b>IGEN</b>	<b>NEM</b>
Idegrendszeri betegsége?	<b>IGEN</b>	<b>NEM</b>
Cukorbetegsége?	<b>IGEN</b>	<b>NEM</b>
a) Ha IGEN, szedi az alábbi szerek valamelyikét? Adimet, Avandamet, Avaglim, Competact, Eucreas, Ebymect, Efficib, Glubrava, Glucient, Gluforlyn, Icandra, Janumet, Jentaduetto, Komboglyze, Meforal, Meglucon, Merckformin, Metfogamma, Metformin 1A Pharma, MetforminActavis, MetforminSandoz, Lyomet, Ristfor, Stadamet, Segluromet, Synjardy, Velmetia, Vilspox, Vipdomet, Vokanamet, Xigduo, Zomarist.		
b) Ha IGEN, a vizsgálat előtt 48 órával kihagyta a szer szedését?	<b>IGEN</b>	<b>NEM</b>
Tud-e gyógyszer-vegyszer allergiáról vagy érzékenységről?	<b>IGEN</b>	<b>NEM</b>
a) Ha IGEN, írja ide, hogy mire:		
Fertőző betegsége? (pl, májgyulladás, AIDS)	<b>IGEN</b>	<b>NEM</b>
Kapott-e már korábban intravénás kontrasztanyagot?	<b>IGEN</b>	<b>NEM</b>
a) Ha IGEN, volt-e mellékhatása?		
b) Ha IGEN, kérjük írja le, mi volt az:		
Kezelik-e más komoly megbetegedés miatt?	<b>IGEN</b>	<b>NEM</b>
a) Ha IGEN, kérjük írja le mi miatt:		
<b>Nőbetegeknek:</b>		
a. Terhes jelenleg?	<b>IGEN</b>	<b>NEM</b>
b. Szoptat jelenleg?	<b>IGEN</b>	<b>NEM</b>
Kérjük adja meg a testsúlyát (a beadandó kontrasztanyag mennyisége, illetve a berendezés teherbíró képessége miatt kérjük!) _____ kg		
Kérjük, adja meg a testmagasságát: _____ cm.		