

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT CT VIZSGÁLATHOZ

Beteg neve:

Beteg TAJ száma :

Dátum:

Kedves Betegünk

Kérjük, hogy a beleegyző nyilatkozat kitöltése előtt olvassa el a hátoldalon található

betegtájékoztatót.

Kérjük a megfelelő válasz aláhúzásával nyilatkozzon az alábbiakról:

1. Kapott-e már intravénás kontrasztanyagot? /vese-, epe-, ér-, CT vizsgálat alkalmával/
Igen **Nem**
2. Ha igen, volt-e valamilyen mellékhatása?
Igen **Nem**
3. A mai napon kapott-e már intravénás kontrasztanyagot?
Igen **Nem**
4. Van-e önnek valamilyen allergiás betegsége? /pl. szénanátha, asthma/
Igen **Nem**
5. Nőbetegeknek: terhes-e ön?
Igen **Nem**
6. Mennyi az Ön testsúlya? kg
7. Van-e Önnek cukorbetegsége?
Igen **Nem**
8. Amennyiben Ön cukorbeteg, szed-e gyógyszert?
Igen: Gyógyszer neve: **Nem**
9. Van-e Önnek vesebetegsége?
Igen **Nem**
10. A vizsgálat elvégzésébe beleegyezem:
Igen **Nem**
11. Az intravénás kontrasztanyag beadásába beleegyezem:
Igen **Nem**
12. A per os (szájon át) kontrasztanyag fogyasztásába beleegyezem:
Igen **Nem**
13. Utazási költségtérítést igényel?
Igen **Nem**
14. Ha igen, tömegközlekedési eszközre vonatkozik az igény?
Igen **Nem**
15. Kisérő részére is igényli az utazási költségtérítést?
Igen **Nem**

Tudomásul veszem, hogy a B.A.Z. Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórházban gyakorlati oktatás is zajlik.

Tudomásul veszem, hogy a Képalkotó Diagnosztikai Centrumban egészségügyi szolgálati jogviszonyban dolgozó munkatársak mellett vállalkozási szerződésben álló orvosok is tevékenykednek, akik ellátásomban részt vehetnek. A kórház házirendjében foglalt szabályokat megismertem, azokat gyógykezelésem alatt betartom.

Tudomásul veszem, hogy a házirendben foglalt szabályok megsértése esetén – amennyiben egészségi állapotom azt nem zárja ki – a kórház a gyógykezelésem megszakíthatja és elbocsájtja.

Kijelentem, hogy betegségem megítélésére és a javasolt orvosi eljárásra vonatkozóan az írásbeli tájékoztatót elolvastam, a tájékoztatót megértettem. Szóbeli tájékoztatás keretében, személyre szólóan, közérthető szóhasználat, részletes felvilágosítást kaptam. A beavatkozás lehetséges kockázataival, szövődményeivel, mellékhatásaival kapcsolatban minden kérdésem megválaszolást nyert. További kérdésem nincs, a fenti tudnivalókat megértettem, tudomásul vettem.

.....
A beteg vagy a törvényes képviselő aláírása

Ellenőrizte: