

**BELEEGYZŐ NYILATKOZAT MR VIZSGÁLATHOZ**

**Beteg neve:**.....

**Beteg TAJ száma:**.....

**Dátum:**.....

**Kedves Betegünk!**

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

**Kérjük a megfelelő válasz aláhúzásával nyilatkozzon az alábbiakról:**

- |  |             |            |
|--|-------------|------------|
| 1. Van-e szívritmus szabályozója /Pace-maker/, műbillentyűje, érclippje?   | <b>igen</b> | <b>nem</b> |
| 2. Van-e a szervezetében bármilyen fém /idegen anyag beültetve/?           | <b>igen</b> | <b>nem</b> |
| 3. Kapott-e már korábban MR kontrasztanyagot?                              | <b>igen</b> | <b>nem</b> |
| 4. Ha igen, voltak-e utána allergiás tünetei?                              | <b>igen</b> | <b>nem</b> |
| 5. A mai napon kapott Ön egyéb vizsgálat során bármilyen kontrasztanyagot? | <b>igen</b> | <b>nem</b> |
| 6. Tud-e bármilyen gyógyszerrel kapcsolatos allergiáról? .....             |             |            |
| 7. Tud-e magasvérnyomásról?  | <b>igen</b> | <b>nem</b> |
| 8. Van-e aszthmája, vese-, ill. májbetegsége?                              | <b>igen</b> | <b>nem</b> |
| 9. A vizsgálat időpontjában tud-e terhességéről?                           | <b>igen</b> | <b>nem</b> |
| 10. Van-e bezártság érzése (klausztofóbiája)?                              | <b>igen</b> | <b>nem</b> |
| 11. Mennyi az Ön testsúlya? ..... kg                                       |             |            |
| 12. Mennyi az Ön magassága? ..... cm                                       |             |            |
| 13. Utazási költségtérítést igényel?                                       | <b>igen</b> | <b>nem</b> |
| 14. Ha igen, tömegközlekedési eszközre vonatkozik az igény?                | <b>igen</b> | <b>nem</b> |
| 15. Kisérő részére is igényli az utazási költségtérítést?                  | <b>igen</b> | <b>nem</b> |

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

Tudomásul veszem, hogy a Képző Diagnosztikai Osztályon 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 tájékoztatást megértettem. Szóbeli tájékoztatás keretében, személyre szólóan, közérthető szóhasználattal, részletes felvilágosítást kaptam. A beavatkozás lehetséges kockázataival, szövődményeivel, mellékhatásaival kapcsolatban minden kérdésem megválaszolást nyert. További kérdésem nincs, a fenti tudnivalókat megértettem, tudomásul vettem.

**A vizsgálat elvégzésébe beleegyezem** **igen** **nem**

**Intravénás kontrasztanyag beadásába beleegyezem** **igen** **nem**

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

**Ellenőrizte:** .....