



# Radiológiai Klinika

SB-RADI-07

Változat: 01

Beleegyző nyilatkozat mammográfiás vizsgálathoz

Kiadva: 2021.01.15.

|           |                      |
|-----------|----------------------|
| Név:      | Születési dátum:     |
| TAJ szám: | Vizsgálat időpontja: |

Testsúlya: \_\_\_\_\_ Testmagassága: \_\_\_\_\_

Korábbi mammográfia helye: \_\_\_\_\_ Időpontja: \_\_\_\_\_

Emlő műtét történt-e? Igen Nem  
Amennyiben igen: Jóindulatú folyamat Rosszindulatú daganat  
Kapott-e Ön nagy dózisú mellkasi besugárzást? Igen Nem  
Nőgyógyászati műtét történt-e? Igen Nem

Jelen panaszai az emlővel kapcsolatban: \_\_\_\_\_

Emlőgyulladás volt-e? Igen Nem

Ha igen, mikor? \_\_\_\_\_

Ütés, trauma érte-e az emlőket? Igen Nem

Ha igen, mikor? \_\_\_\_\_

Terhességek száma \_\_\_\_\_ Ebből szülés: \_\_\_\_\_

Szoptatás mennyi ideig tartott? \_\_\_\_\_

Utolsó menstruáció időpontja? \_\_\_\_\_

Menopausa esetén hány évesen volt az utolsó rendes vérzése? \_\_\_\_\_

Volt-e emlő petefészkek vagy prosztata daganat a családban? Igen Nem

Ha igen: anyai ágon apai ágon

Melyik hozzátartozó? \_\_\_\_\_

Szed(ett)-e hormonkészítményeket? Igen Nem

Ha igen, mit és mennyi ideig?

Gyógyszerei: \_\_\_\_\_



## Radiológiai Klinika

SB-RADI-07

Változat: 01

Beleegyző nyilatkozat mammográfiás vizsgálathoz

Kiadva: 2021.01.15.

### Nyilatkozat a mammográfiás vizsgálat elvégzéséről

Felelősségem tudatában és saját egészségem megóvása érdekében őszintén válaszoltam a feltett kérdésekre. Minden általam ismert lényeges tényről, körülményről tájékoztatást adtam. Tisztában vagyok azzal, hogy ezek eltitkolása a beleegyezéssel végzett, szükséges vizsgálat és kezelés kockázati tényezőit, komplikációit előidézhetik vagy fokozhatják.

Jelen beleegyző nyilatkozathoz tartozó szóbeli és az SB-RADI-07-T azonosítószámú írásbeli betegtájékoztatót megértettem és tudomásul vettem; a javasolt vizsgálattal, lehetséges szövődményekkel kapcsolatos kérdéseimre kielégítő, számomra érthető válaszokat kaptam.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű beavatkozás esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények. Szövődmény esetén a szükséges terápiás beavatkozásba beleegyezek. Kijelentem, hogy esetleges szövődmény gyanúja/észlelése esetén azonnal jelentkezek az ellátó egységnél. Tudomásul veszem, hogy az utasítások be nem tartásának esetén az ebből adódó esetleges következményekért a felelősség engem terhel.

Megértettem, hogy várandósság alatt a vizsgálat csak súlyos betegség gyanúja esetén végezhető el, mivel a röntgensugárzás a magzatot károsíthatja.

A betegtájékoztató elolvasása és a szóbeli tájékoztatás után a javasolt röntgen vizsgálatba **beleegyezek** **nem egyezek bele.**

.....  
beteg aláírása  
dátum:

.....  
nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

### Nyilatkozat a lelet átvételéről

A vizsgálat után az írásos lelet elkészítése több órát, bizonyos esetekben néhány napot vehet igénybe. A vizsgálat eredményét a következőképpen tudja megkapni:

- Személyes átvétel. Leletkiadás minden munkanap 8:00-18:00 között.
- Meghatalmazott általi átvétel (ehhez két tanú által hitelesített meghatalmazás szükséges).
- Amennyiben TAJ azonosítóját megadta, leletét az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térbe is feltöltjük ([www.eeszt.gov.hu](http://www.eeszt.gov.hu)).

Nyomatott lelet elkészítését kérem:

*Igen*

*Nem*

A vizsgálatról képi dokumentációt is tudunk Önnek adni CD-n, mely elkészítése kb. 15 percet vesz igénybe a felvételek elkészítése után.

A vizsgálatomról képi dokumentáció elkészítését kérem CD-n:

*Igen*

*Nem*

.....  
beteg aláírása  
dátum:

.....  
nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

### Vizsgálatot végzők töltik ki

A betegazonosítást elvégeztem, az informatikai rendszerben a beteg nevén kívül legalább egy természetes személyazonosító adatot (születési név, születési hely és dátum, anyja neve) egyeztettem a betegtől kapott információkkal. A beteget a vizsgálatról felvilágosítottam, kérdéseire válaszoltam.

.....  
orvosírnok

.....  
asszisztens/orvos

.....  
asszisztens/orvos