



Radiológiai Klinika

SB-RADI-08

Változat: 01

Beleegyező nyilatkozat emlő mintavételhez – ciszta leszívásához

Kiadva: 2021.01.15.

Név:	Születési dátum:
TAJ szám:	Vizsgálat időpontja:

Kérjük aláhúzással válaszoljon az alábbi kérdésekre!

Tud-e arról / van-e Önnek valamilyen gyógyszer túlérzékenysége?	Igen	Nem
Kapott egy korábban helyi érzéstelenítőt?	Igen	Nem
Ha igen, voltak erre allergiás tünetei?	Igen	Nem
Tud-e arról / van-e Önnek magasvérnyomás betegsége?	Igen	Nem
Tud-e arról / van-e Önnek cukorbetegsége?	Igen	Nem
Tud-e arról / van-e Önnek hepatitis vagy HIV fertőzése?	Igen	Nem
Tud-e arról / van-e Önnek egyéb fertőző betegsége?	Igen	Nem
Tudomása van-e arról, hogy Ön várandós?	Igen	Nem
Szoptat-e?	Igen	Nem
Van-e egyéb betegsége?	Igen	Nem
Ha van, milyen betegség?		
Testsúly:		
Magasság:		

Szed-e Ön véralvadásgátló gyógyszert? Ha igen, kérjük húzza alá azokat a gyógyszereket, melyeket rendszeresen kap az alábbiak közül:

Syncumar, Marfarin, Xarelto, Pradaxa, Lixiana, Eliquis, Efient, Disgren, Bewim, Clexane, Fragmin

Ha a fentiek közül valamelyik gyógyszert kapja rendszeresen, akkor azt mikor vette be/kapta meg utoljára?

.....



Radiológiai Klinika

SB-RADI-08

Változat: 01

Beleegyző nyilatkozat emlő mintavételhez – ciszta leszívásához

Kiadva: 2021.01.15.

Nyilatkozat a emlő mintavétel – ciszta leszívás 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-08-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.

A betegtájékoztató elolvasása és a szóbeli tájékoztatás után a javasolt mintavételbe (a megfelelő aláhúzendó) **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 14:00-15:00 között előre egyeztetett időpontban.
- 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).

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 nevének 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