



Radiológiai Klinika

SB-RADI-02

Változat: 01

Beleegyző nyilatkozat MR vizsgálathoz

Kiadva: 2020.08.01

Név:	Születési dátum:
TAJ szám ¹ :	Vizsgálat időpontja:

Kérjük aláhúzással válaszoljon az alábbi kérdésekre!

Tud-e arról / van-e Önnek valamilyen gyógyszeres túlérzékenysége?	Igen	Nem
Kapott egy korábban MR vizsgálat során kontrasztanyagot?	Igen	Nem
Ha igen, voltak erre allergiás tünetei?	Igen	Nem
Tud-e arról / van-e Önnek asztmás betegsége?	Igen	Nem
Tud-e arról / van-e Önnek vesebetegsége?	Igen	Nem
Tud-e arról / van-e Önnek fertőző betegsége?	Igen	Nem
Tud-e arról / van-e Önnek epilepszia betegsége?		
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:		

Van-e a szervezetébe beültetve, illetve visel-e Ön fémtartalmú idegen testet?	Igen	Nem
Van-e a szervezetében, illetve visel-e elektromos árammal működő készüléket?	Igen	Nem
Van-e pacemakerje, beépített szívritmus szabályzó készüléke?	Igen	Nem
Volt-e valaha szívműtété?	Igen	Nem
Van-e testében implantált eszköz a testében?	Igen	Nem
Volt-e valaha olyan műtété, melyben fém csavarokat / lemezeket használtak?	Igen	Nem
Volt-e olyan balesete, amivel fém kerülhetett a testébe / szemébe?	Igen	Nem
Volt-e valaha súlyos sérülése? (autóbaleset, robbanás, lövés, repesz)	Igen	Nem
Van-e Önnek valamelyik a következők közül? (karikázza be, ha igen!)		
Fémet tartalmazó fogpótlás	Hallókészülék	Művégtag, protézis
Ékszer/piercing	Tetoválás / Tartós makeup	Nitráttapas

Amennyiben az Ön testében vagy az Ön testén fém, idegen anyag, stb. előfordul, kérjük, jelezze a vizsgálatot végző operátornak vagy a vizsgálatot irányító orvosnak!

¹ Társadalombiztosítás terhére végzett vizsgálatoknál kötelező, egyébként önként megadható.



Radiológiai Klinika

SB-RADI-02

Változat: 01

Beleegyző nyilatkozat MR vizsgálathoz

Kiadva: 2020.08.01

Nyilatkozat a MR vizsgálat elvégzéséről

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

Jelen beleegyző nyilatkozathoz tartozó szóbeli és az SB-RADI-02-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.

Felelősséggel kijelentem, hogy tudomásom szerint a szervezetembe pacemakert (szívritmus szabályozót), fémprotézist vagy más fémanyagot, illetve elektromos árammal működő készüléket (pl.: hallókészülék) nem ültettek be, ilyet nem viselek.

A betegtájékoztató elolvasása és a szóbeli tájékoztatás után a javasolt MR vizsgálatba **beleegyezek**:

.....
beteg aláírása
dátum:

.....
nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

Nyilatkozat a kontrasztanyag adásának megtagadásáról

Kontrasztanyag adásába nem egyezek bele. Tudomásul veszem, hogy amennyiben a kontrasztanyag adását visszautasítom, a MR-vizsgálat során nem feltétlenül kerülnek felismerésre bizonyos kórképek, a vizsgálat értékelhetősége rosszabb lehet. Az ebből származó – gyógyulásomat kedvezőtlenül befolyásoló – hatásért a radiológus orvost és a kezelőorvosomat nem terheli felelősség.

.....
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 14:00-18:00 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).

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 tölti 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