



Radiológiai Klinika

SB-RADI-03

Változat: 01

Beleegyző kontrasztos ultrahang vizsgálathoz

Kiadva: 2020.08.01

Név:	Születési dátum:
TAJ szám:	Vizsgálat időpontja:

Nyilatkozat a kontrasztos UH 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-03-T azonosítószámú írásbeli betegtájékoztatót megértettem és tudomásul vettem; a javasolt vizsgálattal, lehetséges szövődeményekkel kapcsolatos kérdéseimre kielégítő, számomra érthető válaszokat kaptam.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű beavatkozás esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődemények. 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 kontrasztos UH vizsgálatba **beleegyezek**:

.....
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 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