

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ		BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT KÉPALKOTÓ DIAGNOSZTIKAI OSZTÁLY		FNY1028/25 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat MR-vizsgálathoz				Oldalszám: 1/3
Készítette: Dr. Szabó Emese szakorvos	Ellenőrizte: Dr. Tompa Tamás osztályvezető főorvos	Jóváhagyta: Dr. Finta Ervin Ph.D. orvosigazgató	Dátum: 2020. 05. 25.	

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT MR-VIZSGÁLATHOZ

1. Beteg¹ neve: **TAJ száma:**

Telefonszáma: **Beküldő diagnózis:**

2. Tájékoztatás tartalma: Az FNY1028/25-2020.05.25. azonosítószámú **BETEGTÁJÉKOZTATÓ MR-VIZSGÁLATHOZ** tárgyú formanyomtatvány tartalma, majd ennek elolvasását követően, a beteg által feltett kérdések és orvosi válaszok.

- 1. Kérdés:
- Válasz:
- 2. Kérdés:
- Válasz:
- (További kérdések és válaszok esetén pótlap használata szükséges.):
- **A beteg kérdést nem tett fel (szükség esetén kérjük „X”-el jelölni, s az üresen hagyott „válasz/kérdés” területet áthúzni!):**

Az utolsó laborvizsgálat időpontja:

a) GFR érték:

b) eGFR érték:

Testsúly: kg

Volt-e valaha szívműtéte (műbillentyű, stent beültetés, pacemaker)?	igen	nem
Ha igen, milyen?		
Mikor?		
Volt-e valaha fémszilánk a testében (lövedék, baleset következtében)?	igen	nem
Ha igen eltávolították a fémszilánkot a testéből?	igen	nem
Volt-e valaha agyi műtéte (aneurysma clip, shunt)?	igen	nem
Ha igen, milyen?		
Mikor?		
Volt-e valaha gerinc műtéte?	igen	nem
Ha igen, milyen?		
Mikor?		
Volt-e bármilyen műtéte az elmúlt 6 hétben?	igen	nem
Ha igen, milyen?		
Mikor?		
Van-e bármilyen fém implantátum a szervezetében (csavar, clip, fémlemez, protézis)?	igen	nem
Ha igen, milyen?		
Van-e a bőrén bármilyen egészségügyi tapasz (fájdalomcsillapító, nikotin)?	igen	nem
Nők esetében: Jelenleg terhes?	igen	nem
Nők esetében: Jelenleg szoptat?	igen	nem
Van-e Önnek fertőző betegsége (TBC, Májgyulladás, HIV, stb.)?	igen	nem

¹A beteg jogi definíciója: Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § a) pontja szerint:
"beteg: az egészségügyi ellátást igénybe vevő vagy abban részesülő személy"

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT KÉPALKOTÓ DIAGNOSZTIKAI OSZTÁLY	FNY1028/25 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat MR-vizsgálathoz		Oldalszám: 2/3

Van-e Önnek friss (6 héten belüli) tetoválása (kozmetikai is)?	igen	nem
Visel Ön testékszert (piercing)?	igen	nem
Ha igen hol, mely testtájon?		
Kapott-e már korábban MR kontrasztanyagot?	igen	nem
A korábbi kontrasztanyag vizsgálat során voltak-e allergiás tünetei, tapasztalt-e mellékhatást?	igen	nem
Van-e Önnek valamilyen gyógyszerre túlérzékenysége?	igen	nem
Ha igen, sorolja fel:		
Van-e Önnek asthmás betegsége?	igen	nem
Jelenleg milyen panaszok, betegségek miatt kéri az ön orvosa a vizsgálatot?		

Ezúton kijelentem, hogy Az FNY1028/25-2020.05.25. azonosítószámú BETEGTÁJÉKOZTATÓ MR-VIZSGÁLATHOZ tárgyú formanyomtatványt megismertem, és az annak maradéktalanul megfelelő tartalmú tájékoztatást a kezelőorvostól megkaptam, melyet megértettem és tudomásul vettem.

3. Beleegyező nyilatkozat tartalma:

Alulírott kijelentem, hogy testemben vagy testemen idegen anyagot

viselek. Mely testtájon? nem viselek.

NYILATKOZAT AZ MR-VIZSGÁLAT ELVÉGZÉSÉRŐL, KONTRASZTANYAG ADÁSÁRÓL

Az MR-VIZSGÁLATBA és amennyiben szükséges, az INTRAVÉNÁS KONTRASZTANYAG ADÁSÁBA BELEEGYZEM.

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, betegségem pontos tisztázására, valamint a megfelelő kezelés megválasztásának érdekében, rajtam MR-vizsgálat elvégzése szükséges. Kijelentem, hogy ezen írásbeli tájékoztatót elolvastam (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), a vizsgálat lényegét megértettem és a vizsgálatlal járó esetleges szövödmények kockázatát vállalom. Felelősséggel kijelentem, hogy tudtommal a szervezetembe pacemaker (szívritmus szabályozót), olyan fémprotézist, vagy más fémanyagot, illetve elektromos árammal működő készüléket (pl.: hallókészülék) nem ültettek be, nem viselek, amely miatt az MR-vizsgálat nem végezhető el.

AZ INTRAVÉNÁS KONTRASZTANYAG ADÁSÁBA NEM EGYEZEM BELE. Az értékelhető eredményhez bizonyos esetekben szükség lehet kontrasztanyag adására. Tudomásul veszem, hogy amennyiben a kontrasztanyagot visszautasítom, a radiológus orvost és a kezelőorvosomat nem terheli felelősség a kontrasztanyag nélkül készült vizsgálat kisebb értékelhetőségéből származó káros következményekért, illetve a gyógyulás kedvezőtlen alakulásáért.

Ezúton nyilatkozom, hogy a tájékoztatóban foglaltakat megértettem, további igényelt felvilágosítást megkaptam, az MR-VIZSGÁLAT elvégzéséhez

hozzájárulok nem járulok hozzá (Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)

Ezúton nyilatkozom, hogy az INTRAVÉNÁS KONTRASZTANYAG ADÁSÁBA

beleegyzem nem egyezem bele (Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)

Tájékoztattak arról, hogy az ellátásom során keletkezett egészségügyi adataim feltöltésre kerülnek az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térbe (EESZT), amihez rajtam kívül az ellátásomat végző egészségügyi szolgáltatók is hozzáférnek. Tájékoztattak továbbá, hogy az egészségügyi adataimhoz eleve korlátozott a hozzáférés, alapállapotban csak a kezelőorvosom vagy a kezelésben résztvevő orvos férhet hozzá a kezelés ideje alatt. Jogosult vagyok rendelkezni az EESZT által kezelt egészségügyi adataimmal, valamint engedélyezni és korlátozni tudom a hozzáférési jogosultságát az egyes egészségügyi szolgáltatóknak, orvosoknak. Az egészségügyi adataimmal való rendelkezéseimet megtehetem az EESZT lakossági portálján (www.eeszt.gov.hu) vagy személyesen ügyintézés keretében bármely Kormányablaknál.

Jelen nyilatkozatom alapján a személyes adatok jogosultja ezennel visszavonásig hozzájárulok ahhoz, hogy az Adatkezelő az Adatvédelmi és adatbiztonsági szabályzatban

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT KÉPALKOTÓ DIAGNOSZTIKAI OSZTÁLY	FNY1028/25 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat MR-vizsgálathoz		Oldalszám: 3/3

(<https://www.szentimrekorhaz.hu/hu/adatkezelesiszabalyzat.html>) meghatározott feltételek alapján, az abban foglalt Adatkezelők a megadott személyes Adataimat (azonosító és kapcsolattartási adataim: név, telefonszám, e-mail és egyéb azonosítók) és az ellátásomhoz közvetlenül szükséges egészségügyi adataimat, továbbá a szükséges vagy folyamatban lévő, illetve befejezett gyógykezelésre vonatkozó, valamint a gyógykezeléssel kapcsolatban megismert egyéb adataimat az Adatkezelő révén nyújtott szolgáltatásokkal kapcsolatos feladataik ellátásához szükséges mértékben kezeljék, az egészségügyi szolgáltatás nyújtásához szükséges esetben továbbítsák. Tudomásul veszem, hogy a jelen nyilatkozatomban foglalt hozzájárulásom alapján történő adatkezelésre a Szabályzat, illetve a mindenkor hatályos adatvédelmi jogszabályok, így különösen az EU 2016/679 sz. Általános adatvédelmi rendelet (GDPR), az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló Infotörvény, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, valamint a gyógykezelés céljából történő adatkezeléssel kapcsolatban az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezéseire vonatkozik.

Döntésemet részletes írásbeli és szóbeli tájékoztatást követően hoztam meg, tisztában vagyok azzal, hogy fenti nyilatkozatomat bármikor, korlátozás nélkül visszavonhatom.

Kelkezés helye, ideje:

.....
(tájékoztató orvos neve
nyomtatott betűkkel)

.....
(nyilatkozó személy neve
nyomtatott betűkkel)

.....
(tájékoztató orvos
aláírása, orvosi pecsétje)

.....
(nyilatkozó személy
aláírása)

A klinikai állapot megítélése szerint jogállása*:

- cselekvőképes beteg, de valamely okból kifolyólag fizikálisan képtelen az aláírásra
 korlátozottan cselekvőképes beteg cselekvőképtelen beteg
 törvényes képviselő nyilatkozattételre jogosult személy**

(A megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)

.....
(kezelőorvos neve
nyomtatott betűkkel)

.....
(tanú neve)

.....
(tanú neve)

.....
(kezelőorvos aláírása,
orvosi pecsétje)

.....
(tanú lakcíme)

.....
(tanú lakcíme)

* Jogszabály szerint szellemi szintjének megfelelően a cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes személyt is tájékoztatni kell egészségügyi állapotáról.

**Nyilatkozattételre jogosult személyek azok a közeli hozzátartozók, akik nem törvényes képviselők (nem gondnokok, szülők vagy gyámok), azonban a cselekvőképtelen beteg helyett jogosultak nyilatkozatot tenni.