



MEDIWORLD DIAGNOSZTIKAI KFT.

Szent György Diagnosztikai Központ
8000 Székesfehérvár, Hunyadi út 3.
Telefon/fax: 06-22-397-383

CT Beleegyző nyilatkozat CT (számítógépes réteg) vizsgálathoz

A beteg neve:

A beteg lakcíme:

A beteg telefonszáma:

A beteg e-mail címe:

Tisztelt Betegünk!

Kezelőorvosa röntgensugár alkalmazásával történő CT vizsgálatra utalta Önt intézetünkbe. A vizsgálatot csak akkor érdemes elvégezni, ha érdemi információ várható. Terhesség esetén a vizsgálat, csak akut, életet veszélyeztető betegség gyanúja esetén végezhető el. A vizsgálat alatt az operátor által beállított tsthelyzetbenmozdulatlanul kell feküdni. A betegségek pontosabb megállapítása érdekében ezen vizsgálat kapcsán jódtartalmú kontrasztanyag intravénás befecskendezésére lehet szükség. Az intravénás kontrasztanyagok alkalmazása során ritkán mellékhatások léphetnek fel.

Tájékoztanunk kell Önt az alábbi retka, de lehetséges mellékhatásokról.

1. A kontrasztanyag beadása helyén átmeneti bevérzés, úgynevezett suffusio, esetleg oedema alakulhat ki. A vizsgálat során szükséges kontrasztanyagot általában kézfej, illetve könyökvénába adjuk. Az Ön biztonsága érdekében cégünk a legmodernebb szövetbarát kontrasztanyagot használja, mert az esetleges szövetekbe jutás esetében nem okoz komoly szövetelhalást, úgynevezett necrosist. A kontrasztanyagot szintén az Ön biztonsága és az ér kímélése miatt, úgynevezett branül segítségével juttatjuk be (ez napokig is benn tartható későbbi esetleges vizsgálatok számára). A kontrasztanyag beadása nem kézi erővel, hanem úgynevezett speciális injektor segítségével történik, mely folyamatosan nyomáskontrollált, így a legkisebb probléma az ér ellenállása esetén, illetve amennyiben mellé jut a kontrasztanyag a gép azonnal érzékeli és automatikusan leáll. Ennek ellenére természetesen a szűrés helyén kialakulhat átmenetileg elszíneződött bevérzés, melyet a vénából visszaáramló vér okoz, ill. minimális kontrasztanyag és infúzió mellé juttatása esetén oedema, mely általában komolyabb orvosi ellátást nem igényel. Konzervatív terápiával (jegelés, hideg vizes borogatás, gyulladáscsökkentő krém adásával) órák, illetve napok alatt spontán begyógyul.
2. Ritkán (100-200 esetből egyszer) enyhe átmeneti tünetek, pl.: melegézés, hányinger, hányás, bőrvizketés, bőrkiütés, tüszentés, stb. fordulhat elő.
3. Nagyon ritkán (2000-3000 esetből egyszer) vérkeringési és légzési panaszok, reakciók léphetnek fel.
4. Rendkívül ritkán (25 000 esetből egyszer) fordulhat elő súlyos, életveszélyes kontrasztanyag reakció.

Amennyiben kontrasztanyag érzékenységről, korábbi allergiás reakcióról, pajzsmirigybetegségről tudomása van, illetve ha cukorbetegsége bizonyos gyógyszereket szed, kérjük tájékoztasson bennünket, mert ezekben az esetekben a kockázati tényező növekszik.

Kontrasztanyag érzékenységről, korábbi allergiás reakcióról, pajzsmirigybetegségről NINCS tudomásom* / tudomásom VAN* (* a megfelelő rész aláhúzandó), arról szóban részletesen tájékoztattam a vizsgálatot végző orvost / asszisztenst.

Nagyon lényeges, hogy a vizsgálat kockázata kisebb, mint annak elmaradása esetén idejében fel nem derített betegségek okozta veszély.



MEDIWORLD DIAGNOSZTIKAI KFT.

Szent György Diagnosztikai Központ
8000 Székesfehérvár, Hunyadi út 3.
Telefon/fax: 06-22-397-383

Az intravénás kontrasztanyag beadásához az Ön írásos beleegyezése szükséges. Az alábbi kérdésekre adott válaszaival csökkenti a CT vizsgálat kockázatait, ezért kérjük szíves válaszát.

	igen	nem
Korábbi CT vizsgálat során kapott-e már intravénásan kontrasztanyagot?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A korábbi kontrasztanyag vizsgálat során tapasztalt-e mellékhatást?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha igen, írja le:		
Van-e Önnek cukorbetegsége?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Milyen gyógyszert szed rá?		
Van-e Önnek vesebetegsége?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Részesül-e Ön dialízisben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Van-e Önnek pajzsmirigy betegsége?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Van-e Önnek fertőző betegsége?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Van-e Önnek bármilyen allergiás betegsége, gyógyszerérzékenysége?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha igen, írja le:		
Nőbetegek: tud-e Ön terhességéről?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
szoptat-e?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Testsúly: kg

Az esetleges további kérdéseire, észrevételeire a vizsgálatott végző orvos, vagy asszisztens válaszol.

Az CT vizsgálattal kapcsolatos egyéniesített, teljes körű tájékoztatást részben szóban, részben írásban **MEGKAPTAM / NEM KAPTAM MEG** (* a megfelelő szövegrész aláhúzendő). A szóbeli tájékoztatás során megválaszoltak részemre minden, engem foglalkoztató kérdést. A vizsgálatra vonatkozó részletes tájékoztatást megértettem és elegendő gondolkodási idő után elfogadom. A vizsgálat során, vagy annak következtében kialakuló, vagy fellépő szövődeményeket, mellékhatásokat megismerve, azok tudatában, azok kockázatában, azok kockázatát vállalva jelen beleegyező nyilatkozat útján kifejezetten kérem az CT vizsgálat elvégzését.

Az intravénás kontrasztanyag adása a. beleegyzem* b. nem egyezem bele*
(* a megfelelő rész aláhúzendő)

Kelt: napján

.....
aláírás

A beteg karszalagról azonosítva: igen nem
Acut ellátás, aláírás nem lehetséges, recepció személyzet aláírása:

.....
aláírás



MEDIWORLD DIAGNOSZTIKAI KFT.

Szent György Diagnosztikai Központ
8000 Székesfehérvár, Hunyadi út 3.
Telefon/fax: 06-22-397-383

HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT SZEMÉLYES ADATOK KEZELÉSÉHEZ

A **MEDIWORLD PLUS Kft. adatkezelő** (székhelye: 1065 Budapest, Podmaniczky u. 1-3. 2. em. 19., képviseli: Dr. Fábián Károlyné Dr. Derényi Anita (E-mail: info@mediworldplus.hu; cím: 1065 Budapest, Podmaniczky u. 1-3. 2. em. 19.) (a továbbiakban: **Adatkezelő**) jelen **hozzájárulási nyilatkozat** alkalmazásával kívánja igazolni, hogy **Ön személyes adatainak kezeléséhez hozzájárult.**

Tájékoztatjuk, hogy Társaságunk az alábbi személyes adatait kezeli:

1. Kapcsolattartással, időpontfoglalással összefüggő adatkezelés:

Személyes adat: név, telefonszám, vizsgálat típusa, beutaló osztály, orvos (a kórházból beutalt betegek esetén), vizsgálat időpontja, időfoglalás dátuma.

Adatkezelés célja: kapcsolattartás, az Ön azonosítása, vizsgálat előjegyzése, finanszírozhatóságának ellenőrzése.

2. Gyógykezelési tevékenységgel összefüggő adatkezelés:

Személyes adat: név, születési név, anyja születési neve, születési helye és ideje.

Az adatkezelés célja: az Ön azonosítása, kapcsolattartás, az eredményes gyógykezelési tevékenység elősegítése, az Ön egészségi állapotának nyomon követése, népegészségügyi-, közegészségügyi- és járványügyi érdekből szükségessé váló intézkedések megtétele, egészségügyi dokumentációs és iratmegőrzési kötelezettség teljesítése.

Személyes adat: Taj szám

Adatkezelés célja: az Ön azonosítása, az egészségügyi szolgáltatás finanszírozásának biztosítása.

Személyes adat: Lakcím, E-mail cím

Adatkezelés célja: kapcsolattartás, azonosítás, betegjogok érvényesítése, lelet kiküldése.

Személyes adat: Egészségügyi adatok

Adatkezelés célja: az eredményes gyógykezelés tevékenységének elősegítése, az Ön egészségi állapotának nyomon követése, népegészségügyi-, közegészségügyi- és járványügyi érdekből szükségessé váló intézkedések megtétele, egészségügyi dokumentációs és iratmegőrzési kötelezettség teljesítése.

Az adatkezelés jogalapja: az Ön írásbeli hozzájárulása (GDPR 6. cikk (1) bekezdés a) pont, Info tv. 5. § (1) a) pont).

3. Számla kiállításával kapcsolatos adatkezelés:

Kezelt személyes adat: a számla adattartalma: beteg neve, lakcíme, az igénybe vett egészségügyi szolgáltatás megnevezése, számlaadatok, kiállítás időpontja.

Adatkezelés célja: számla kiállítási és megőrzési kötelezettség teljesítése.

Az adatkezelés jogalapja: jogszabályi kötelezettségek teljesítése (GDPR 6. cikk c) pontja Info tv. 5. § (1) b) pontja).

4. Leletek és képanyagok átadásával kapcsolatos adatkezelés:

Kezelt személyes adat: név, születési dátum, vizsgálat időpontja, aláírás

Adatkezelés célja: az Ön azonosítása, a betegjogok érvényesítése, adatvédelmi kövelelmények érvényre juttatása.

5. Adatvédelmi tisztviselő neve és elérhetősége: Dr. Kiss Ráhel (+36 30 699 43 72)

A részletes adatkezelési tájékoztató teljes terjedelemben elérhető Társaságunknak a Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktatókórházban (8000 Székesfehérvár, Hunyadi út 3.) lévő egészségügyi központjának recepcióján, nyomtatott formában és Társaságunk honlapján a láblécben (www.mediworld-diagnosztika.hu).

Kijelentem, hogy a jelen dokumentumban és a részletes adatkezelési tájékoztatóban foglaltakat megismertem, a megjelölt célú és időtartamú adatkezeléshez önkéntesen, minden külső befolyás nélkül járulok hozzá.

....., 20..... hónap

.....
az érintett aláírása



MEDIWORLD DIAGNOSZTIKAI KFT.

Szent György Diagnosztikai Központ
8000 Székesfehérvár, Hunyadi út 3.
Telefon/fax: 06-22-397-383

Tisztelt Betegünk!

Az Ön egészségének megőrzése, a későbbi betegségek, A megelőzése és a szakszerű, gyors betegellátás érdekében a jövőben is szeretnénk Önt tájékoztatni a rendelkezésre álló lehetőségekről, ajánlatokról. Kérjük ehhez szíves hozzájárulását!

Adataim egészségügyi szolgáltatásokról szóló tájékoztatások, ajánlatok küldése célból történő felhasználásához is hozzájárulok. Adataim egészségügyi marketing célból történő felhasználásához is hozzájárulok.

Kelt: napján

.....
aláírás