



MEDIWORLD DIAGNOSZTIKAI KFT.

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

MR

Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat MR (mágneses rezonancia) vizsgálathoz

A beteg neve:

A beteg lakcíme:

A beteg telefonszáma:

A beteg e-mail címe:

Tisztelt Betegünk!

Kezelőorvosa MR vizsgálatra utalta Önt intézetünkbe. Az MR vizsgálat igen erős mágneses térben történik. Az MR vizsgálat fájdalommal nem jár. Az eddigi tapasztalatok szerint az emberi szervezetre kimutatott káros biológiai hatása a tudomány mai állása szerint nincs, azonban felvethető, hogy a terhesség első trimeszterében az MR vizsgálat károsíthatja a magzatot. Kérjük közölje, ha terhes, vagy ha a terhesség lehetősége felmerül. A vizsgálat kb. 15-30 percig tart. A vizsgálóhelyiségben nagy mágneses tér van, ezért, ha szívritmus szabályzója van, a vizsgálat nem végezhető el. Ha szervezetébe korábban műtéttel fémanyagot ültettek, arról a vizsgálat előtt tájékoztassa az operátort. a vizsgálat során az oprátor által beállított pozícióban mozdulatlanul kell feküdni a vizsgálóasztalon egy csőszerű gépben. A képek értékelésénél az orvos dönthet úgy, hogy a vizsgálathoz kontrasztanyagbeadása szükséges. Az MR vénás kontrasztanyagok fémionokat tartalmaznak, vizelettel ürülnek. Biztonságása, igen kicsi kockázattal alkalmazható anyagok. Súlyosabb, életveszélyes kontrasztanyag rendkívül ritkák (400 000 esetben egyszer fordulnak elő). A kontrasztanyag adásához az Ön beleegyezése szükséges.

1. A kontrasztanyagbeadása helyén átmeneti bevérzés, úgynevezett suffusio, esetleg oedema alakulhat ki. A vizsgálat során szükséges kontrasztanyagot általában kézfej, illetve könyökvenába adjuk. Az Ön biztonsága érdekében cégünk a legmodernebb szövetbarát kontrasztanyagot használja, mert az esetleges szövetekbe jutás esetén sem 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 kkontrasztanyag beadása nem kézi erővel, hanem úgy nevezett 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 (jégelés, hideg vizes borogatás, gyulladáscsökkentő krém adásával) órák, illetve napok alatt spontán begyógyul.
2. Ritkán (100-200 esetből egyszer) enyhe átmeneti tünetek, pl.: melegérzés, hányinger, hányás, bőrvizketés, bőrkkiütés, 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.

Ismételten hangsúlyozva, hogy az MR vizsgálat alapvetően ártalmatlan és veszélytelen, nyomatékosan ismételten felhívjuk az Ön figyelmét a következőkre:

Az MR vizsgálotérben nagyon erős mágneses tér van. Mielőtt Ön ide belépne, tudnunk kell, hogy vannak-e fémanyagok, bizonyos műszerek az Ön testében, melyek az MR vizsgálatot zavarhatják, vagy az Ön számára súlyos veszélyt jelentenek. Saját és a vizsgáló személyzet érdekében kérjük, gondosan olvassa el és pontosan válaszolja meg a következő kérdéseket!



MEDIWORLD DIAGNOSZTIKAI KFT.

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

	igen	nem
Korábbi MR vizsgálat során kapott-e már intravénásan kontrasztanyagot?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha igen, tapasztalt-e mellékhatást?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha igen, írja le:		
Van-e szív- vagy vesebetegsége?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha igen, milyen gyógyszert szed rá?		
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"/>
.....		
Nőbetegek: tud-e Ön terhességről?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
szoptat-e Ön?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Van-e az Ön testében a következő tárgyakból?		
Szívritmus szabályozó	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agyi vagy aneurysma klip	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Műszem, beépített hallásjavító készülék	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lövedék, sörét, fémszilánk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Szív műbillentyű	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beépített ízületi protézis, művégtag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ortopédiai fémanyag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Egyéb fémanyag (pl. foghíd, korona, piercing)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Testsúly: kg

Az MR vizsgálattal kapcsolatos egyéniesített, teljes körű tájékoztatást részben szóban, részben írásban megkaptam / Nem kaptam meg * a megfelelő szövegrész aláhúzendó). A szóbeli tájékoztatás során megválasztottam 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 szövödményeket, mellékhatásokat megismerve, azok tudatában, azok kockázatában, azok kockázatát vállalva jelen beleegyező nyilatkozat útján kifejezetten kérem az MR vizsgálat elvégzését.

Az intravénás kontrasztanyag adása a. beleegyezem* b. nem egyezem bele*
(* a megfelelő rész aláhúzendó)

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

A tájékoztatóban foglaltakat megértettem, további igényelt felvilágosítást megkaptam, az MR vizsgálat elvégzéséhez hozzájárulok.

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. Fábíán 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 liállítással 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 megismer-tem, 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, szövődmények megelőzése és a szak-szerű, 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