



MEDIWORLD DIAGNOSZTIKAI KFT.

Szent György Diagnosztikai Központ
8000 Székesfehérvár, Hunyadi út 3.
Tel.: 06-22-397-383, 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 (nagybetűvel):

Tisztelt Betegünk!

Kezelő orvosa 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 terhesség lehetősége felmerül. A vizsgálat kb. 15-30 percig tart. A vizsgálóhelyiségben nagy mágneses tér van, ezért ha szívritmus szabályozója van, a vizsgálat nem végezhető el. Ha a szervezetébe korábban műtéttel fémanyagot ültettek, arról a vizsgálat előtt tájékoztassa az operátort. A vizsgálat során az operátor által beállított pozícióban mozdulatlanul kell feküdni a vizsgálóasztalon egy csőszerű gépben. A képek értékelésénél az orvos dönthet úgy, hogy a vizsgálathoz kontrasztanyag adása szükséges. Az MR vénás kontrasztanyagok fémionokat tartalmaznak, vizelettel ürülnek. Biztonságosan, igen kicsi kockázattal alkalmazható anyagok. Súlyosabb, életveszélyes kontrasztanyag reakciók rendkívül ritkák (400.000 esetben egyszer fordulnak elő. A kontrasztanyag adásához az Ön beleegyezése szükséges.

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

Az MR vizsgálóhelyiségben 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 jelenthetnek. Saját és a vizsgáló személyzet érdekében kérjük, gondosan olvassa el és pontosan válaszolja meg a következő kérdéseket!

KÉRDÉS	VÁLASZ	
	Igen	Nem
Korábbi MR vizsgálat során kapott-e már intravénás kontrasztanyagot?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha igen tapasztalt-e mellékhatást?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tapasztalt-e mellékhatást?		
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?		
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?		
Nőbetegek: tud-e Ön terhességéről?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
szoptat-e?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



MEDIWORLD DIAGNOSZTIKA

MEDIWORLD DIAGNOSZTIKAI KFT.

Szent György Diagnosztikai Központ
8000 Székesfehérvár, Hunyadi út 3.
Tel.: 06-22-397-383, Fax.: 06-22-397-383

Vannak-e az Ön testében következő tárgyak?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Szívrítmus 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 üzleti 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 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 szövődményeket, mellékhatásokat megismerve, azok tudatában, azok kockázatában, azok kockázatát vállalva jelen beleegyező nyilatkozat útján kifejezetten kérem az MR vizsgálat elvégzését.

Az intravénás kontrasztanyag adásába a., beleegyezem*
b., nem egyezem bele*
(* a megfelelő szövegrész 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

A recepció személyzet (név, cím) aláírása:

_____ aláírás



MEDIWORLD DIAGNOSZTIKAI KFT.

Szent György Diagnosztikai Központ
8000 Székesfehérvár, Hunyadi út 3.
Tel.: 06-22-397-383, Fax.: 06-22-397-383

ADATKEZELÉSI TÁJÉKOZTATÁS ÉS HOZZÁJÁRULÁS

ADATKEZELÉS JOGALAPJA

Tudomásul veszem, hogy az adatkezelés önkéntes hozzájárulásomon, illetve az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény valamint az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (Info tv.) rendelkezésein alapul. Kijelentem, hogy jelen nyilatkozat a „**RÉSZLETES ADATVÉDELMI TÁJÉKOZTATÓ**” elnevezésű okiratban foglalt tájékoztatás ismeretében teszem. Kifejezetten hozzájárulok az MR vizsgálathoz szükséges, a valamint a vizsgálat során esetlegesen keletkező személyes adataim – melyek az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló hatályos jogszabály szerint részben személyes, részben pedig különleges adatok a Mediworld Diagnosztikai Kft. általi kezeléséhez. Hozzájárulok, hogy szükség esetén személyi adataim alapján az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnál a TAJ számomat pontosíthassák, valamint szakmailag indokolt esetben a rám vonatkozó betegút adatait lekérdezzék. Alulírott – arra vonatkozó külön aláírás-hely aláírása esetén – kifejezetten hozzájárulok a Mediworld Diagnosztikai Kft által kínált, illetve közvetített szolgáltatások, valamint jelenlegi és jövőbeni szerződéses partnerei szolgáltatásairól, termékeiről való reklámok küldéséhez (a továbbiakban: egészségügyi szolgáltatásokról szóló ajánlatok). Tudomásul veszem, hogy hozzájárulásom önkéntessége körében választási lehetőségem kiterjed arra is, hogy az orvosi vizsgálattal összefüggő adatkezeléshez megadjam a hozzájárulást, a marketing célú adatkezeléshez pedig nem. Aláírásomat a nyilatkozat végén ennek megfelelően helyezem el.

AZ ADATKEZELÉS CÉLJA

1. Az adatkezelés célja elsődlegesen az egészség megőrzésének, javításának, fenntartásának előmozdítása, a betegellátó eredményes gyógykezelési tevékenységének elősegítése, az érintett egészségi állapotának nyomon követése, a népegészségügyi, közegészségügyi és járványügyi érdekből szükségessé váló intézkedések megtétele, a betegjogok érvényesítése. adatkezelésre jogosult. Az adatkezelésre jogosult elsődlegesen a kezelést végző orvos, az egészségügyi szakdolgozó, az érintett gyógykezelésével kapcsolatos tevékenységet végző egyéb személy, a gyógyszerész. A fentiekben felsorolt célokból az egészségügyi ellátó-hálózaton belül (pl. kórháznak) az egészségügyi és személyazonosító adatok továbbíthatók, illetve összekapcsolhatók, de csak addig az időpontig és olyan mértékig, ameddig az a megelőzés, a gyógykezelés, a népegészségügyi, közegészségügyi-járványügyi intézkedések megtétele érdekében feltétlenül szükséges, illetve az egészségügyi és betegellátó rendszer működésével közvetlenül összefügg. Az érintett betegségével kapcsolatba hozható minden olyan egészségügyi adat továbbítható, amely a gyógykezelés érdekében fontos, kivéve, ha ezt az érintett írásban kifejezetten megtiltja. Az ellátórendszeren belüli adattovábbításhoz kifejezetten hozzájárulok.

2. A Mediworld Diagnosztikai Kft által kínált, illetve közvetített szolgáltatások, valamint jelenlegi és jövőbeni partnerei szolgáltatásairól, termékeiről tájékoztatásokat, reklámokat küldjön. A személyre szabott szolgáltatás keretében az üzemeltető a beteg egészségügyi állapotára vonatkozó információk felhasználásával megfelelő reklámokat juttathat el a beteg részére, közvetlen megkeresés módszerével. A megkeresés módja: eDM (hírlévlé), személyre szabott e-mail); telefonos megkeresés (telesales, call center); postai küldemény.

AZ ADATKEZELÉSRE JOGOSULT SZEMÉLY

Az adatkezelő, aki az adatok kezelésének célját meghatározza, az adatkezelésre (beleértve a felhasznált eszközt) vonatkozó döntéseket meghozza és végrehajtja.

Adatkezelő neve: **Mediworld Diagnosztikai Kft.**

Adatkezelő képviselője: Dr. Derényi Anita

Adatkezelő székhelye: 1065 Budapest, Podmaniczky utca 1-3. 2. em. 19.

E-mail címe: info@mediworldplus.hu; Telefonszáma: 36/1-302-5137

Nyilatkozom, hogy az adatkezeléssel kapcsolatos tájékoztatást teljes körűen megkaptam, az abban foglaltakat megismertem és megértettem a társaság (adatkezelő) tevékenysége szempontjából lényeges adatkezelési célok ismeretében. Az adatkezelés szabályaival, feltételeivel, az adatkezelés céljával, az adatkezelésre jogosultakkal, jogaimmal kapcsolatban részletesebb szabályokat, az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény, valamint az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezéseinek kivonatát is tartalmazó „**RÉSZLETES ADATVÉDELMI TÁJÉKOZTATÓ**”-t, melynek egy a betegtájékoztató pultnál elhelyezett példányát rendelkezésemre bocsátottak megismertem, megértettem, kérdéseimre választ kaptam. Abból másolatot kifejezetten nem kértem, tudomásul vettem, hogy az a <http://mediworldplus.hu/reszletes-adatvedelmi-tajekoztato/> linken is elérhető. Adataim marketing célból történő felhasználásához is hozzájárulok.

Kelt: _____ napján

Acut ellátás, aláírás nem lehetséges,
recepációs személyzet aláírása:

aláírás



MEDIWORLD DIAGNOSZTIKAI KFT.

Szent György Diagnosztikai Központ
8000 Székesfehérvár, Hunyadi út 3.
Tel.: 06-22-397-383, Fax.: 06-22-397-383

Tisztelt Betegünk!

Az Ön egészségének megőrzése, a későbbi betegségek, szövődmények 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.

Kelt: _____ napján

aláírás