

CSMEK HÓDMEZŐVÁSÁRHELY- MAKÓ	BETEG TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
	<i>VASTAGBÉL RÖNTGENVIZSGÁLATA</i>

Kedves Betegünk!

Kérjük, hogy figyelmesen olvassa el az alábbi BETEGTÁJÉKOZTATÓ-t!

*Az Ön esetében „**vastagbél röntgenvizsgálatot**” szükséges végezni.
A beavatkozás érdekében szeretnénk önt tájékoztatni a vizsgálat, fontos feltételeiről és szükséges esetén a vizsgálat előtti teendőiről.*

Alulírott a nyilatkozat aláírásával tanúsítom, hogy orvos számomra érthető módon írásban, illetve kérésem alapján szóban is tájékoztatott a következőkről:

1. Rajtam – kezelőorvosom javaslata alapján – vastagbélvizsgálat elvégzése szükséges. A vizsgálat esetleges betegségem kimutatása, természetének, kiterjedésének meghatározása, a további teendők megtervezése érdekében történik. Szükséges, hogy a vizsgálat alatt a végbélen keresztül kontrasztanyagokat juttassanak be. Kivételes esetben simaizom lazító gyógyszer injekciója is indokolt lehet.
2. E vizsgálat szövődményeként felléphet átmeneti múló rosszullét, ritkán orvosi kezelést igénylő állapot. Egészen kivételesen súlyos szövődmény, melyek elhárítására fel vagyunk készülve. Terhességben a vizsgálat csak súlyos betegség gyanúja esetén végezhető el, mert a röntgensugárzás a magzatot károsítja.
3. Ezen felvilágosítással kapcsolatos szóban feltett kérdéseimre a vizsgálatot végző orvostól megfelelő választ kaptam, és elegendő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy döntsek arról, hogy beleegyezem-e a vizsgálatba vagy sem.
4. Aláírással igazolom, hogy kontrasztanyag vagy egyéb

gyógyszerérzékenységemről:	tudok*	nem tudok*,
terhességemről:	tudok*	nem tudok*,
zöldhályogról:	tudok*	nem tudok*,
prostate betegségemről:	tudok*	nem tudok*.
5. A fenti tájékoztatás alapján - kellő mérlegelés után -, minden kényszertől mentesen

beleegyezem*,	nem egyezem bele*,
----------------------	---------------------------

 hogy a fenti beavatkozást rajtam elvégezzék.
6. Tudomásul veszem, hogy amennyiben a vizsgálatot visszautasítom, a kezelőorvosomat, illetve a radiológus orvost nem terheli felelősség az emiatt fellépő káros következményekért, illetve a gyógyeredmény kedvezőtlen alakulásáért.

**BETEG TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ
NYILATKOZAT**

VASTAGBÉL RÖNTGENVIZSGÁLATA

A beteg neve:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: □□□□□□□□

Lakóhelye:.....

A tájékoztatót elolvastam, amelyet szóbeli magyarázat egészített ki.

A „Vastagbél röntgenvizsgálat”-ról szóló tájékoztatót megértettem és tudomásul vettem!

Tájékoztattak arról, hogy a betegtájékoztatóban csak a legfontosabb szóba jöhető kezelési módot és esetleges szövődményeket említették meg. Megértettem a beavatkozás elvégzésének fontosságát, a beavatkozás elmulasztásának veszélyeit. Felvilágosítást kaptam a beavatkozást helyettesítő konzervatív beavatkozások lehetőségéről, eredményességéről és kockázatairól.

Megértettem és tudomásul vettem, hogy a beavatkozás során olyan, előre nem látható körülményekre is fény derülhet, amelyek a korábban tervezett beavatkozásokat, vagy azok egy részét feleslegessé vagy igen kockázatosá tehetik.

Módomban állt a szövődményekkel és szóba jöhető kezelési eljárásokkal kapcsolatban további kérdéseket feltenni.

Ezzel a lehetőséggel éltem, kérdéseimre részletes szóbeli (rajzos) választ kaptam, azt megértettem, tudomásul vettem. Jelenleg a további tájékoztatásról lemondok.

A szükségessé váló beavatkozások, vizsgálatok elvégzéséhez hozzájárulok, kérem a beavatkozás elvégzését!

Tudomásul vettem, hogy jelen nyilatkozatomat a beavatkozás, műtét megkezdése előtt bármikor visszavonhatom!

Hozzájárulok, hogy betegségemről és a beavatkozás eredményéről tájékoztatást kapjanak a kezelésben résztvevő orvosok, konziliáriusok, családorvosom, megkeresés esetén a hivatalos szervek és személyek.

Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

1. Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:

2. Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:.....

3. Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről kérésükre se tájékoztassák:

Hozzájárulok továbbá, hogy az intézményben készült dokumentumokon a betegségem megnevezése, és a beavatkozásokat jelző kódszámok szerepeljenek.

....., 20..... hó nap.....

.....
a felvilágosítást
és/vagy a beavatkozást végző
aláírása

.....
a beteg, vagy
törvényes képviselő*
aláírása

-A törvényes képviselő írta alá, mivel a beteg nem nyilatkozatképes, mert: Törvényes képviselő:

Név:

Lakcím:

Szül.dátum: