

CSMEK HÓDMEZŐVÁSÁRHELY- MAKÓ	<b>BETEG TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b>
	NYELÉS, GYOMOR, PASSAGE VIZSGÁLAT KONTRASZTANYAGGAL

Kedves Betegünk!

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

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

Az Ön korrekt diagnózisához – kezelőorvosa javaslatára – kontrasztanyaggal végzett vizsgálat szükséges. A vizsgálat során röntgen átvilágítás és felvétel szükséges, ezért kérjük, hogy esetleges terhességről feltétlenül tájékoztassa a vizsgálatot végző orvost.

A kontrasztanyagot röntgen vizsgálatkor a képalkotás röntgensugár segítségével történik, ami a beteg sugárterhelésével jár. Megfelelő indikáció esetén azonban a vizsgálat eredményétől várható információ hasznosabb a beteg egészsége szempontjából, mint a sugárterhelés kockázata, amit igyekszünk és kötelességünk is a lehetséges legminimálisabb szinten tartani.

**A vizsgálat menete:** A kontrasztanyagot röntgen vizsgálat előtt a ruházat eltávolításán kívül a betegnek a nyakláncát le kell venni (legjobb, ha otthon hagyja). A nyelés vizsgálat során – álló helyzetben – sűrű vagy hígabb kontrasztanyagot nyelünk a beteggel és a nyelés folyamatát, a nyelőcső redőzetét, a lenyelt kontrasztanyag haladását nézzük a szükséges régióig az átvilágító röntgen berendezés monitorján.

# BETEG TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

## NYELÉS, GYOMOR, PASSAGE VIZSGÁLAT KONTRASZTANYAGGAL

A beteg neve:.....

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

Lakóhelye:.....

**A tájékoztatót elolvastam, amelyet szóbeli magyarázat egészített ki.**

**A „Kontrasztanyaggal végzett vizsgálat”-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 kockázatosná 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.**

Dátum: ....., 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 nyilatkoztatható, mert: Törvényes képviselő:

Név:  
Lakcím:  
Szül.dátum: