

## INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BETEGTÁJÉKOZTATÓJA

Alulírott ..... (név) ..... (szül. idő) kijelentem, hogy dr. .... (orvos neve) engem, illetve hozzátartozómat (..... név, ..... szül. idő, ..... rokonsági fok) az alábbi invazív beavatkozásról a következők szerint kellő mértékben és módon tájékoztattott:

### INTRAVÉNÁS KONTRASZTANYAG BEADÁSÁRÓL (CT, MR, INTRAVÉNÁS UROGRAPHIA)

- Az invazív beavatkozás (műtét) megnevezése:** Kezelőorvosa azért utalta be Önt kórházunkba, mert panaszai, tünetei okának kimutatására röntgensugár vagy egyéb képalkotó módszer alkalmazásával történő (CT, MR, intravénás urographia) vizsgálatra kerül sor. A vénába adandó kontrasztanyag beadásához szükség van az Ön beleegyezésére, ezért, hogy döntésében segítségére lehessünk, kérjük, olvassa el figyelmesen a következő tájékoztatót.
- A beavatkozás célja:** Betegségének pontosabb megállapítása érdekében szükségessé válhat röntgen-kontrasztanyag vénába történő befecskendezése, mely csekély veszéllyel jár.
- A beavatkozás menete, technikája:**
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Az intravénás kontrasztanyagok beadása során ritkán mellékhatások léphetnek fel, amelyek rövid ideig tartó panaszokat okozhatnak: bizonyos esetekben: émelygés, hányinger, tüsszögés, nátha, bőrviszketés, csalánkiütés, ritkábban vérkeringési panaszok és tünetek léphetnek fel és rendkívül ritkán fordul csak elő súlyos, életveszélyes reakció. Amennyiben fent leírt jelenségek bármelyikét észleli, kérjük, ezt rögtön jelezze, hogy panaszát azonnal orvosolni tudjuk.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** Fontos tudnia, hogy a vizsgálat kockázata jelentősen kisebb, mint elhagyása esetén az idejében ki nem mutatott betegségé.
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** A legtöbb esetben a szükséges kontrasztanyag adásának elhagyása a vizsgálat csökkentértékűségéhez vezet, melynek felelősségét elhárítjuk.
- Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- Egyénre szabott beteg tájékoztatás:**

Folytatás a túloldalon!

Kérjük, hogy a vizsgálatával járó kockázati tényezők csökkentése érdekében legyen segítségünkre a következő kérdések megválaszolásával:

Korábban vese-, ér-, szív- vagy egyéb vizsgálat során kapott-e már érbe röntgenkontrasztanyagot?	igen	nem
A korábbi kontrasztanyag vizsgálat során tapasztalt-e valamilyen kellemetlen mellékhatást?	igen	nem
Van-e Önnek szív-, vese-, pajzsmirigy- vagy cukorbetegsége?	igen	nem
Amennyiben cukorbeteg, szedi-e az alábbi gyógyszerek valamelyikét: Adimet, Avandamet, Maformin, Meforal, Meglucon, Merckformin, Metfogamma, Metrivin filmtabletta (kérjük aláhúzni!)	igen	nem
Tud-e Ön valamilyen fertőző betegségről? Ha igen, akkor miről?	igen	nem
Van-e tudomása Önnek valamilyen allergiás betegségről, pl. asthma, szénanátha, gyógyszerérzékenység?	igen	nem
Kezelik-e, illetve kezelték-e valamilyen egyéb megbetegedés miatt? Ha igen, kérjük, írja le röviden:	igen	nem
Terhességről tud-e?	igen	nem

A továbbiakban felmerülő kérdéseire a vizsgálatot vezető orvos készséggel válaszol.

### INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYZŐ NYILATKOZATA

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek és válasszak a megismert kezelések közül. Tájékoztattak arról, hogy szakszerű, a szakma szabálya szerinti gyógykezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyogyeredményt (gyogytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják. Tájékoztattak arról, hogy a kórházi kezelés (kivizsgálás, gyógyszeres kezelés, műtét, egyéb fent részletezett kezelés) elutasítása, a gyógykezelés megszakítása, illetve annak meghatározott vagy meghatározatlan idejű halasztása kockázattal jár.

Megértem és tudomásul veszem azt is, hogy kivizsgálásom és kezelése során tanulónővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármikor a felajánlott kezelések elutasítására. Ez esetben a kezelése során, a visszautasítás kapcsán jelentkező következményekért, szövődményekért, illetve a gyogyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a javaslatát, kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

Ezen nyilatkozat aláírásával

*beleegyzem és kérem \**

*nem egyezem bele és nem kérem \**

a fenti beavatkozás elvégzését.

Nyilatkozatomat a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől és befolyástól mentesen adom.

Jelen beleegyző nyilatkozat az **F-B-04.** „Általános beleegyző nyilatkozat” vagy az „Ambuláns kezelőlap” aláírásával együtt érvényes.

Szombathely, 20 ..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc

.....  
orvos aláírása

.....  
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

\*A megfelelő válasz egyértelműen (aláhúzás, bekarikázás) jelölendő.