

## BETEGTÁJÉKOZTATÓ

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

## IZOTÓPDIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLAT

- A vizsgálat célja:** A szervezet, illetve egy szerv működésére vagy alaki, szerkezeti eltéréseire vonatkozó diagnosztikai vizsgálat.
- A vizsgálat menete, technikája:** Kis mennyiségű radioaktív izotóppal jelzett anyagot – majdnem minden esetben vénásan - juttatunk be a szervezetébe, amely a vizsgált szervben kötődik, vagy választódik ki. Ennek sugárzását mérjük erre alkalmas eszközzel a testfelszínen. A vizsgálati anyag felhalmozódásából, eloszlásából, kiürülésének sebességéből vonunk le a szerv működésére vagy alaki, szerkezeti eltérésére vonatkozó következtetéseket. A beadást követően a felvételek elkezdéséig, a szerv élettani működésétől függően, szükség lehet rövidebb-hosszabb várakozási időre is (pl.: csontvizsgálatnál legalább 3 óra). A felvételek elkészítése alatt – egyes vizsgálatoknál különböző időtartamig – a beállított testhelyzetben nyugodtan kell fekdünie.

**A vizsgálat egyetlen ellenjavallata a terhesség.** Ezért kérjük nőbetegeinket, hogy a TERHESSÉGET MÉG A VIZSGÁLAT ELŐTT JELEZZÉK, ill., ha SZOPTAT, AZT IS KÖZÖLJE!

**A vizsgálat utáni magatartás:** Mindennapi életmódját folytathatja, csak az alábbi korlátozást vegye figyelembe: A környezetet érő felesleges sugárzás elkerülése érdekében **az izotóp beadását követően (aznap) más vizsgálatra (labor, röntgen, stb.) ne menjen, és 24 óráig tartsa távol magát terhesektől, kisgyermekektől.**

- A vizsgálat esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** A radioaktív anyag nem rendelkezik mellékhatással. A túlérzékenység rendkívül ritka – legfeljebb a tüdő vizsgálatánál fordulhat elő. A vénás injekció során esetleg az ér sérülhet, de az anyag kijutása az érpályából nem okoz érdemleges károsodást. A sugárterhelés mértéke vizsgálatonként változó. Általánosságban megállapítható, hogy az izotópdiagnosztikai vizsgálatok sugárterhelése kisebb, mint a CT vizsgálatoké.
- Ezen vizsgálat elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** A kezelőorvosa által kért eljárás elmaradása akadályozza a diagnózis felállítását, ezáltal az optimális kezelési lehetőség megválasztását.
- Más vizsgálati lehetőségekről, alternatívákról** kérdezze kezelőorvosát.
- A vizsgálatlaltal kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**

- Egyénre szabott beteg tájékoztatás:**

Folytatás a túloldalon!

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

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 gyógyeredményt (gyógytartamot) 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 gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a javaslatát, kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

Ezen nyilatkozat aláírásával

*beleegyezem és kérem \**

*nem egyezem bele és nem kérem \**

a fenti beavatkozás elvégzését.

Női betegeinktől kérjük, hogy nyilatkozzanak az alábbiakról:

- menstruáció jelenleg van / nincs\*
- hüvelyből vér nem ürül
- terhességről nincs tudomásom

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

Alulírott nyilatkozom továbbá arról, hogy

- tudomásul veszem és elfogadom a kórház tájékoztatóját az általános betegjogokról, a házirendről, valamint hogy a kórházi ellátásom során magamnál tartott érték- és személyes tárgyakért saját felelősséggel tartozom,
- állapotomról, betegségről a javasolt kivizsgálás, tervezett és lehetséges gyógykezelés szükségességéről, belátható kockázatáról, várható kockázatáról, várható következményeiről, mellékhatásairól, gyakoribb szövődményeiről részletes és kielégítő tájékoztatást kaptam és azt megértettem, kérdéseimre kielégítő, világos választ kaptam,
- ismertették velem a javasolt és más szóba jöhető vizsgálatok, kezelési eljárások szükségességét, előnyeit és hátrányait,
- az ellátással kapcsolatos betegdokumentációt, személyazonosító okmányaimat hiánytalanul megkaptam.

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

.....  
orvos / szakdolgozó aláírása\*

.....  
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

A vizsgálat várakozásideje alatt és a vizsgálat során ..... (név)  
..... (rokonsági fok) segítő jelenlétét kérem.

A vizsgálat várakozásideje alatt és a vizsgálat során gondozóként/segítőként a beteg mellett tartózkodom:

.....  
gondozó/segítő aláírása

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