



## NYILATKOZAT

Beteg neve:..... Születési idő:.....

Testsúly:..... Testmagasság:.....

1. Van-e bármilyen allergiás betegsége, gyógyszerérzékenysége? Igen Nem  
Ha igen, mi az? .....
2. Korábbi kontrasztanyag vizsgálat során tapasztalt mellékhatást? Igen Nem  
Ha igen, mi volt az? .....
3. Merkformin tartalmú cukorgyógyszert szed-e? Igen Nem  
Ha igen, mikor vette be utoljára? .....

Alulírott kijelentem, hogy a Tolna Vármegyei Balassa János Kórház Radiológiai osztályának orvosa / szakdolgozója, számomra érthető módon tájékoztatást adott a következőkről:

Rajtam – kezelőorvosom javallata alapján – röntgen sugárzással járó, kontrasztanyaggal végzendő (CT - computer tomográfia /számítógépes rétegvizsgálat, urográfia) vizsgálat végrehajtása szükséges.

E vizsgálat röntgen sugárzással jár, mely a szervezetet károsíthatja. A kontrasztanyag beadás következményeként, szövődményeként felléphet átmeneti múló rosszullét, ritkán orvosi kezelést is igénylő állapot, egészen kivételesen halálos szövődmény, és menet közben szükségessé válhatnak további beavatkozások is.

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

Az intravénás kontrasztanyag adásába: **beleegyezem** **nem egyezem bele**

Engedélyezem, hogy a gyógykezelés érdekében rögzített egészségügyi **adataimat továbbítsák a házi orvosomnak**, illetve ha a gyógykezelésem során erre szükség lesz, akkor a **kórház belső informatikai hálózatán vagy más egészségügyi intézménynek:**

**Igen** **Nem**

Tájékoztatás adatkezelésről: Az egészségügyi, és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló részletes tájékoztatónkat megtekintheti honlapunkon: [www.tmkorhaz.hu](http://www.tmkorhaz.hu). Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 136 § határozza meg az egészségügyi szolgáltató dokumentációs kötelezettségét, e törvény rendelkezése szerint az adatkezelés jogalapja a törvényi felhatalmazás. Hatályos jogszabályok: 2016/679 EU rendelet (GDPR), 2011. évi CXII. tv (info tv), 1997. évi XLVII tv, 1997. évi CLIV. tv. Az adatokat/egészségügyi dokumentációt a törvényben meghatározott ideig tároljuk.

Kijelentem, hogy a tájékoztatóban foglaltakat megértettem, további kérdéseimre megfelelő, érthető választ kaptam és megértettem, a vizsgálathoz hozzájárulok: **Igen** **Nem**

Tájékoztató szakdolgozó: ..... Ellátó orvos:.....

Szekszárd, .....  
Beteg vagy törvényes képviselő aláírása

Akut ellátás esetén a vizsgálatot kérő orvos aláírása: .....