



CT DÉL - PEST

Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet
1204. Budapest Köves út 1.
Tel.: 289-62-79

CT Beleegyező nyilatkozat CT (számítógépes réteg) vizsgálathoz

A beteg neve:

A beteg lakcíme:

A beteg telefonszáma:

A beteg e-mail címe :

Tisztelt Betegünk!

Kezelő orvosa röntgensugár alkalmazásával történő CT vizsgálatra utalta Önt intézetünkbe. A vizsgálatot csak akkor érdemes elvégezni, ha érdemi információ várható. Terhesség esetén a vizsgálat, csak akut, életet veszélyeztető betegség gyanúja esetén végezhető el. A vizsgálat alatt az operátor által beállított testhelyzetben mozdulatlanul kell feküdni. A betegségek pontosabb megállapítása érdekében ezen vizsgálat kapcsán jódtartalmú kontrasztanyag intravénás befecskendezésére lehet szükség. Az intravénás kontrasztanyagok alkalmazása során ritkán mellékhatások lépnek fel.

Tájékoztatnunk kell Önt az alábbi ritka, de lehetséges mellékhatásokról.

1. Ritkán (100-200 esetből egyszer) enyhe átmeneti tünetek, pl.: melegségérzés, hányinger, hányás, bőrvizketés, bőrkiütés, tüszentés stb. fordulhatnak elő.
2. Nagyon ritkán (2000-3000 esetből egyszer) vérkeringési és légzési panaszok, reakciók léphetnek fel.
3. Rendkívül ritkán (25000 esetből egyszer) fordulhat elő súlyos, életveszélyes kontrasztanyag reakció.

Amennyiben kontrasztanyag érzékenységről, korábbi allergiás reakcióról, pajzsmirigybetegségről tudomása van, illetve ha cukorbetegsége bizonyos gyógyszereket szed, kérjük tájékoztasson bennünket, mert ezekben az esetekben a kockázati tényező növekszik.

Kontrasztanyag érzékenységről, korábbi allergiás reakcióról, pajzsmirigybetegségről Nincs tudomásom* / Tudomásom van* (* a megfelelő szövegrész aláhúzendó), arról szóban részletesen tájékoztattam vizsgálatot végző orvost/asszisztenst.

Nagyon lényeges, hogy a vizsgálat kockázata kisebb, mint annak elmaradása esetén idejében fel nem derített betegségek okozta veszély.

Az intravénás kontrasztanyag beadásához az Ön írásos beleegyezése szükséges. Az alábbi kérdésekre adott válaszaival csökkenti a CT vizsgálat kockázatait, ezért kérjük szíves választát:



CT DÉL - PEST

Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet
1204. Budapest Köves út 1.
Tel.: 289-62-79

	Igen	Nem
Korábbi CT vizsgálat során kapott-e már intravénás kontrasztanyagot?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A korábbi kontrasztanyag vizsgálat során tapasztalt-e mellékhatást?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha igen, írja le:		
Van-e Önnek cukorbetegsége?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Milyen gyógyszert szed rá?.....		
Van-e Önnek vesebetegsége?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Részesül-e Ön dialízisben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Van-e Önnek pajzsmirigy betegsége?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Van-e Önnek fertőző betegsége?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Van-e Önnek bármilyen allergiás betegsége, gyógyszerérzékenysége?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....		
Nőbetegek: terhes-e Ön?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
szoptat-e Ön?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Testsúly: kg

Az esetleges további kérdéseire, észrevételeire a vizsgálatot végző orvos, vagy asszisztens válaszol.

A CT vizsgálattal kapcsolatos egyéniesített, teljes körű tájékoztatást részben szóban, részben írásban Megkaptam * Nem kaptam meg * (* a megfelelő szövegrész aláhúzendó). A szóbeli tájékoztatás során megválasztottam részemre minden, engem foglalkoztató kérdést. A vizsgálatra vonatkozó részletes tájékoztatást megértettem és elegendő gondolkodási idő után elfogadom, a vizsgálat során, vagy annak következtében kialakuló vagy fellépő szövődeményeket, mellékhatásokat megismerve, azok tudatában, azok kockázatában, azok kockázatát vállalva jelen beleegyező nyilatkozat útján kifejezetten kérem a CT vizsgálat elvégzését.

Az intravénás kontrasztanyag adásába

a., beleegyezem*

b., nem egyezem bele*

(* a megfelelő szövegrész aláhúzendó)

Kelt: _____ napján

aláírás

A beteg karszalagról azonosítva: igen nem

Acut ellátás, aláírás nem lehetséges, recepció személyzet aláírása:

aláírás



CT DÉL - PEST

Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet
1204. Budapest Köves út 1.
Tel.: 289-62-79

ADATKEZELÉSI TÁJÉKOZTATÁS ÉS HOZZÁJÁRULÁS

ADATKEZELÉS JOGALAPJA

Tudomásul veszem, hogy az adatkezelés önkéntes hozzájárulásomon, illetve az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény valamint az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (Info tv.) rendelkezésein alapul. Kijelentem, hogy jelen nyilatkozatot a „**RÉSZLETES ADATVÉDELMI TÁJÉKOZTATÓ**” elnevezésű okiratban foglalt tájékoztatás ismeretében teszem. Kifejezetten hozzájárulok a CT vizsgálathoz szükséges, valamint a vizsgálat során esetlegesen keletkező személyes adataim – melyek az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló hatályos jogszabály szerint részben személyes, részben pedig különleges adatok a Mediworld Plus Kft. általi kezeléséhez. Hozzájárulok, hogy szükség esetén személyi adataim alapján az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnál a TAJ számomat pontosíthassák, valamint szakmailag indokolt esetben a rám vonatkozó betegút adatait lekérdezzék. Alulírott – arra vonatkozó külön aláíráshely aláírása esetén – kifejezetten hozzájárulok a Mediworld Plus Kft. által kínált, illetve közvetített szolgáltatások, valamint jelenlegi és jövőbeni szerződéses partnerei szolgáltatásairól, termékeiről való reklámok küldéséhez (a továbbiakban: egészségügyi szolgáltatásokról szóló ajánlatok). Tudomásul veszem, hogy hozzájárulásom önkéntessége körében választási lehetőségem kiterjed arra is, hogy az orvosi vizsgálattal összefüggő adatkezeléshez megadjam a hozzájárulást, a marketing célú adatkezeléshez pedig nem. Aláírásomat a nyilatkozat végén ennek megfelelően helyezem el.

AZ ADATKEZELÉS CÉLJA

1. Az adatkezelés célja elsődlegesen az egészség megőrzésének, javításának, fenntartásának előmozdítása, a betegellátó eredményes gyógykezelési tevékenységének elősegítése, az érintett egészségi állapotának nyomon követése, a népegészségügyi, közegészségügyi és járványügyi érdekből szükségessé váló intézkedések megtétele, a betegjogok érvényesítése. adatkezelésre jogosult. Az adatkezelésre jogosult elsődlegesen a kezelést végző orvos, az egészségügyi szakdolgozó, az érintett gyógykezelésével kapcsolatos tevékenységet végző egyéb személy, a gyógyszerész. A fentiekben felsorolt célokból az egészségügyi ellátó-hálózatban belül (pl. kórháznak) az egészségügyi és személyazonosító adatok továbbíthatók, illetve összekapcsolhatók, de csak addig az időpontig és olyan mértékig, ameddig az a megelőzés, a gyógykezelés, a népegészségügyi, közegészségügyi járványügyi intézkedések megtétele érdekében feltétlenül szükséges, illetve az egészségügyi és betegellátó rendszer működésével közvetlenül összefügg. Az érintett betegségével kapcsolatba hozható minden olyan egészségügyi adat továbbítható, amely a gyógykezelés érdekében fontos, kivéve, ha ezt az érintett írásban kifejezetten megtiltja. Az ellátórendszeren belüli adat-továbbításhoz kifejezetten hozzájárulok.

2. A Mediworld Plus Kft. által kínált, illetve közvetített szolgáltatások, valamint jelenlegi és jövőbeni partnerei szolgáltatásairól, termékeiről tájékoztatásokat, reklámokat küldjön. A személyre szabott szolgáltatás keretében az üzemeltető a beteg egészségügyi állapotára vonatkozó információk felhasználásával megfelelő reklámokat juttathat el a beteg részére, közvetlen megkeresés módszerével. A megkeresés módja: eDM (hírlevél), személyre szabott e-mail; telefonos megkeresés (telesales, call center); postai küldemény.

AZ ADATKEZELÉSRE JOGOSULT SZEMÉLY

Az adatkezelő, aki az adatok kezelésének célját meghatározza, az adatkezelésre (beleértve a felhasznált eszközt) vonatkozó döntéseket meghozza és végrehajtja.

Adatkezelő neve: **Mediworld Plus Kft.**

Adatkezelő képviselője: Dr. Derényi Anita

Adatkezelő székhelye: 1065 Budapest, Podmaniczky utca 1-3. 2. em. 19.

E-mail címe: info@mediworldplus.hu; Telefonszáma: 36/1-302-5137

Nyilatkozom, hogy az adatkezeléssel kapcsolatos tájékoztatást teljes körűen megkaptam, az abban foglaltakat megismertem és megértettem a társaság (adatkezelő) tevékenysége szempontjából lényeges adatkezelési célok ismeretében. Az adatkezelés szabályaival, feltételeivel, az adatkezelés céljával, az adatkezelésre jogosultakkal, jogaimmal kapcsolatban részletesebb szabályokat, az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény, valamint az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezéseinek kivonatát is tartalmazó „**RÉSZLETES ADATVÉDELMI TÁJÉKOZTATÓ**”-t, melynek egy a beteg-tájékoztató pultnál elhelyezett példányát rendelkezésemre bocsátottak megismertem, megértettem, kérdéseimre választ kaptam. Abból másolatot kifejezetten nem kértem, tudomásul vettem, hogy az a <http://mediworldplus.hu/reszletes-adatvedelmi-tajekoztato/> linken is elérhető.

Kelt: _____ napján

aláírás



CT DÉL - PEST

Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet
1204. Budapest Köves út 1.
Tel.: 289-62-79

Tisztelt Betegünk!

Az Ön egészségének megőrzése, a későbbi betegségek, szövődmények megelőzése és a szakszerű, gyors betegellátás érdekében a jövőben is szeretnénk Önt tájékoztatni a rendelkezésre álló lehetőségekről, ajánlatokról. Kérjük ehhez szíves hozzájárulását!

Adataim egészségügyi szolgáltatásokról szóló tájékoztatások, ajánlatok küldése célból történő felhasználásához is hozzájárulok. Adataim egészségügyi marketing célból történő felhasználásához is hozzájárulok.

Kelt: _____ napján

aláírás