

Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat mammográfiaivizsgálathoz

KÉRJÜK ELOLVASNI, A MEGLÉVŐ ADATOK ELLENŐRIZNI ÉS A HIÁNYZÓ ADATOKAT NYOMTATOTT BETŰKKEL, OLVASHATÓAN KITÖLTENI!

Név:¹

TAJ:

Születési neve:

Lakcím (irányítószámmal):

Telefonszám:

E-mail cím (ide fogjuk elküldeni a leletet):²

Születési hely, idő:

Anyja születési neve:

Páciens törvényes képviselőjének neve, címe:³

Testsúly: kg Testmagasság: cm

Nőbetegek: Van-e Önnek fennálló terhessége? IGEN NEM

Nőbetegek: Jelenleg Szoptat-e Ön? IGEN NEM

Vizsgálatot kérő intézmény és orvos neve:

Készült-e már régebben mammográfiai vizsgálat? igen, ideje: nem

Ha igen, elhozta magával a régebbi vizsgálati anyagot? igen nem

Emlő műtét történt-e?

Amennyiben igen: jóindulatú folyamat / rosszindulatú folyamat / implantátum miatt (megfelelő aláhúzendő!)

Sugárkezelés történt-e?

Nőgyógyászati műtét történt-e?

Jelen betegsége, panaszok emlőre:

Tapint-e csomót?

Észlelt-e váladékozást?

Van-e fájdalma az emlőben?

Előzmények:

Előfordult-e emlő vagy petefészek daganat a családban?(a megfelelő aláhúzendő) IGEN NEM

Amennyiben igen: Anyai ágon/ Apai ágon Szülő / Nagyszülő / Testvér

Emlő gyulladása volt-e?

Trauma, ütés érte-e az emlőket?

Hormonkészítményt, fogamzásgátlót szed-e / szedett-e?

Ha igen akkor mennyi ideje (év)?

Terhességek száma:

Ebből szülés:

Vetélések száma

Szoptatás mennyi ideig tartott:

Utolsó menstruáció időpontja:

Menopausa esetén hány évesen volt az utolsó rendes vérzése?

[1] Személyes adatai megadása kötelező. Ezen adatok nélkül nincs lehetőségünk szolgáltatást nyújtani Önnek. Kérjük, hogy megadott adatait személyi igazolványa, lakcímkártyája és TAJ kártyája bemutatásával is igazolja munkatársunk felé.

[2] Nem az Európai Unió belüli e-mail szolgáltató (pl. Yandex) használatával az Ön adatai kikerülnek az EU általános adatvédelmi rendeletének (GDPR) hatálya alól. Ilyen cím megadása esetén Ön hozzájárul ahhoz, hogy az adatait erre a címre továbbítsuk.

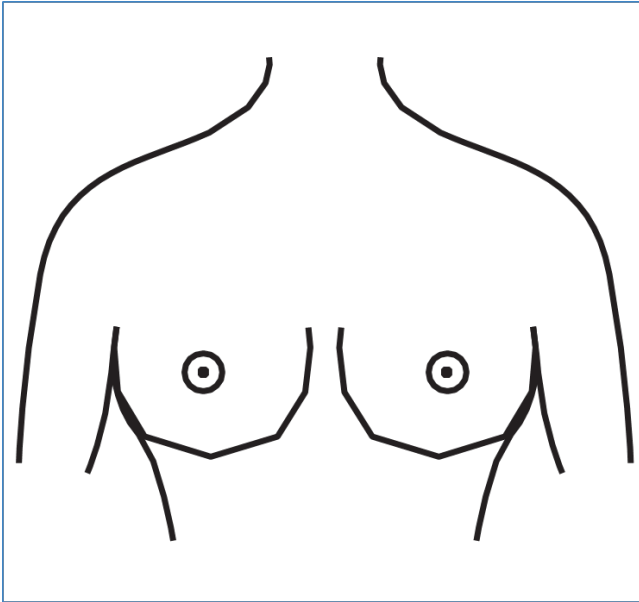
[3] Amennyiben a páciens kiskorú (18 éven aluli) vagy gondnokság alatt áll.

Beleegyezem, hogy értesítsenek a további szolgáltatásaikról, kedvezményeikről, ajánlataikról (a megfelelő aláhúzendő): **IGEN** **NEM**

Kérem jelölje, hogy milyen módon **NE** keressük (ha minden csatornán kereshetjük, ne húzzon alá semmit):
telefon email posta

**Kérem, hogy részemre a vizsgálat szöveges szakorvosi értékelését (lelet) ⁴ EMAILBEN vagy
POSTAI ÚTON küldjék meg (a megfelelő aláhúzendő)**

Asszisztens tölti ki!: Fizikális, tapintási vizsgálat eredménye



FONTOS! Javasoljuk, hogy a vizsgálat előtt, de az elvégzett vizsgálati leletekkel mindenféleképpen, a panaszainak és tüneteinek megfelelően vegyen részt szakorvosi vizsgálaton. Az elvégzett röntgen vizsgálat nem helyettesíti a megfelelő szakorvosi vizsgálatot és az ennek megfelelő célirányos kivizsgálást és kezelést. Kérjük, ne Ön végezze a röntgen lelet értékelését és értelmezését (internet, ismerősök, stb.), bízza ezt szakemberre. Központunk nem tehető felelőssé páciensünk vizsgálatra vonatkozó szakszerűtlen utasításából eredő mindazon kárért, ha a páciens olyan testrész, régió vizsgálatát kéri, amely nem egyezik meg a panaszokat szakmailag ténylegesen magyarázó elváltozások kimutatására szükséges vizsgálati régióval vagy vizsgálatl.

A vizsgálat menete: Kezelőorvosa Önt mammográfiára küldte intézetünkbe. A mammográfia az emlők röntgenvizsgálata. Ez a speciális módszer kisenergiájú ún. lágy röntgensugárzást használ. A vizsgálat során kétirányú felvétel készül mindkét emlőről. A kiváló képminőség biztosítása, valamint a sugárterhelés csökkentése érdekében az emlőket plexilemez segítségével összenyomjuk (komprimáljuk), ami néha kisebb, de elviselhető fájdalommal járhat. A kellemetlenség kisebb a menstruációt követő héten, ezért célszerű a vizsgálatot, ha lehetséges, a menstruáció utáni hétre időzíteni.

[4] Kérjük aláhúzással jelölje, ha kéri a lelet e-mailben vagy postán történő megküldését. A leletet választása alapján a nyomtatványon megadott e-mailcímrre, vagy lakóhelyére fogjuk küldeni. Kérjük olyan címet (e-mail cím és lakóhely címe) adjon meg, amelyen biztosított, hogy jogosulatlan személy a lelet tartalmát nem ismerheti meg. A lelet jogosulatlan személy általi megismeréséért - amennyiben Ön kérte a lelet e-mailben vagy postai úton való közlését - nem vállalunk felelősséget. Postai úton történő leletküldést központunk külön térítési díj ellenében vállal, melyről kérjük tájékozódjon munkatársainknál.

A felvételek elkészítése előtt a röntgenasszisztens megvizsgálja Önt és néhány kérdést tesz fel. Az adatok felvétele, a fizikális vizsgálat és a röntgenfelvételek elkészítése kb. 10-15 percet vesz igénybe. A vizsgálat sugárterheléssel jár, melynek mértéke azonban még rendszeres, évente végzett emlővizsgálatok esetén is minimális. Ennek ellenére az eljárás nem végezhető terhességben és szoptatás ideje alatt. Nem kizáró ok, de közvetlenül a menstruáció előtt inkább kerülendő.

A szervezett szűrés keretében elkészült felvételeket radiológus szakorvos értékeli. Ha nem talál kóros eltérést,

akkor további vizsgálatra nincs szükség. Amennyiben valamilyen kóros eltérést, vagy erre utaló gyanút talál, akkor további felvételekre illetve kiegészítő vizsgálatokra (MR vizsgálat, sejt vagy szövethenger mintavétel) lehet szükség.

Vizsgálat után: Kérjük, a vizsgálatról készült leletet saját érdekében őrizze meg és egy esetleges újabb vizsgálatnál feltétlenül vigye magával. A lelet elkészítését követően a lelet a 1997. évi XLVII. törvénynek [Eüak.] és a 39/2016. (XII. 21.) EMMI rendeletnek megfelelően felkerül az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) rendszerébe.

A mammográfiás vizsgálatához szükséges, valamint a vizsgálat során esetlegesen keletkező személyes és egészségügyi adatait a hatályos jogszabályoknak megfelelően kezeljük. A páciens és képviselője személyes adatai kezeléséről szóló adatkezelési tájékoztató elérhető az Újbuda Medical Center recepcióján nyomtatott formában, valamint a <https://ujbudamedical.hu/adatvedelmi-tajekoztatok/> weboldalon

A **vizsgálat ára tartalmazza** az elvégzett vizsgálatot, illetve a szöveges radiológiai szakorvosi értékelést, melyet a megbeszélte időpontig a kívánt módon eljuttatunk az Ön részére (e-mail, posta, személyes átvétel).

A **vizsgálat ára NEM tartalmazza** a képanyagot tartalmazó CD lemezt, melyet a vizsgálat után azonnal odaadunk, illetve a lelettel kapcsolatos radiológiai szakorvosi konzultációt és felvilágosítást. Ezt külön térítési díj ellenében kérheti.

Nagyon lényeges, hogy a vizsgálat kockázata kisebb, mint annak elmaradás esetén idejében fel nem derített betegségek okozta veszély. A vizsgálat elvégzéséhez az Ön hozzájárulása szükséges. A jelen nyomtatványban jelölt kérdések megválaszolásával csökkenti a röntgen vizsgálat kockázatait. Kérjük, hogy saját biztonsága érdekében gondosan olvassa el és pontosan válaszolja meg a kérdéseket.

A szóbeli tájékoztatás során megválaszoltak részemre minden, engem foglalkoztató kérdést. A vizsgálatra vonatkozó részletes tájékoztatást megértettem és elegendő gondolkodási idő után elfogadom, a vizsgálat során, vagy annak következtében kialakult vagy fellépő szövődményeket, mellékhatásokat megismerve, azok tudatában, azok kockázatában, azok kockázatát vállalva jelen bejegyző nyilatkozat útján kifejezetten kérem a röntgen vizsgálat elvégzését.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.

A mammográfiás vizsgálat elvégzéséhez az Ön hozzájárulása szükséges. A fentiek alapján és az adatvédelmi tájékoztatóban foglaltak ismeretében kérem a mammográfiás vizsgálat elvégzését magamon, illetve az általam képviselt személyen.

Törvényes képviselő nyilatkozata:Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy a páciens törvényes képviselője vagyok, törvényes képviselői jogom nem korlátozott, jogosult vagyok a páciens egészségügyi ellátása körében önállóan nyilatkozatot tenni. Nyilatkozom továbbá, hogy a fentiekben nyújtott tájékoztatást a páciens egészségügyi ellátására vonatkozóan megértettem, és azt vele közlöm.

Budapest,

.....
páciens vagy törvényes képviselő aláírása

Intézmény tölti ki:

akut / angol / posta

sikeres / nem vizsgáltuk meg

CD / pendrive

egyéb:

operátor aláírása

recepció aláírása