



**BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
GYOMORTÜKRÖZÉSHEZ (GASZTROSZKÓPIA)**

Beteg neve:

Telefonszáma:

Lakcím/ tartózkodási hely:

Email cím:

Születési dátum:

Taj szám:

KÉRDŐÍV A SZÖVŐDMÉNYEK MEGELŐZÉSE ÉRDEKÉBEN

**1. Van valamilyen vérképzőszervi betegsége
vagy túlzott vérzékenysége?**

igen nem

Ha igen, mi?

2. Van valamilyen allergiája?

igen nem

Ha igen, mire allergiás?

3. Szed-e jelenleg gyógyszert?

igen nem

Ha igen, miből, mennyit, kérem sorolja fel tételesen

- 1.
- 2.
- 3.

4. Szed-e véralvadást befolyásoló gyógyszert?

igen nem

(pld.: Syncumar, Marfarin, Clexan, Fraxiparin, Plavix, Atrombin, Egitromb, Kardogrel, Zyllt, CLOpidogrel, Ticlid, Aspirin, Astrix, Asactal, Xarelto, Pradaxa, Elliquis, Lixiana)

Ha igen, akkor milyen dózisban?

NYILATKOZAT

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, betegségem pontos tisztázására, valamint megfelelő kezelés megválasztásának érdekében, rajtam a gasztroszkópos vizsgálat elvégzése szükséges. Kijelentem, hogy ezen írásbeli beteg tájékoztatót és beleegyező nyilatkozatot elolvastam (illetve kérdéseim alapján szóbeli felvilágosítást kaptam).

Tudomásul veszem, hogy a szakma szabályainak megfelelően végzett beavatkozás esetén is előfordulhatnak előre nem látott szövődmények, melyek a várható eredményt, esetlegesen az egészségi állapotomat kedvezőtlenül befolyásolják, rendkívül ritkán akár súlyos életet veszélyeztető állapotot idézhetnek elő.

Szövődmény esetén a szükséges terápiás beavatkozásba beleegyezem.

Tudomásul veszem, hogy az utasítások be nem tartásának esetén az ebből adódó esetleges következményekért a felelősség engem terhel.

A részemre nyújtott szóbeli és írásbeli tájékoztatást megértettem, az esetleges további felvilágosítást, tájékoztatást megkaptam, a kérdésekre jelölt válaszaim a valóságnak megfelelnek a vizsgálat/beavatkozás elvégzésébe beleegyezem.

Az egészségi állapotomat érintő minden általam ismert lényeges tényről, körülményről tájékoztatást adtam. Tisztában vagyok azzal, hogy ezek eltitkolása a beleegyezéssel végzett, szükséges vizsgálat és kezelés kockázati tényezőit, komplikációit előidézhetik vagy fokozhatják.

Beleegyezem, hogy az általam bemutatott korábbi leleteket, zárójelentéseket – amennyiben azok az EESZT-ben nem érhetőek el – lemásolják és a leletező orvos megismerhetővé tegyék a GasztroKlinika munkatársai.

Tudomásul veszem, hogy a vizsgálat elvégzéséhez adott beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. A beleegyezés visszavonása kapcsán – amennyiben a vizsgálat elvégzésére emiatt nem került sor – bekövetkező szövődményekért, illetve a terápia eredményességéért a gasztroszkópos vizsgálatot végző orvost felelősség nem terheli.

Tudomásul veszem, hogy beleegyezésem visszavonása esetén az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére ugyanúgy kötelezhető vagyok.

Kijelentem továbbá, hogy fenti nyilatkozataim akaratommal mindenben megegyeznek, kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek a vizsgálat elfogadásáról és ezt aláírásommal is megerősítem.

Budapest, 2024.

.....

.....

.....

.....

páciens aláírása
(név nyomtatott betűvel is)

orvos aláírása, pecsét száma
(név nyomtatott betűvel is)