



IZOTÓP VIZSGÁLATI BETEGTÁJÉKOZTATÓ

Tisztelt Betegünk!

Önt kezelőorvosa - a velünk történt megbeszélés alapján - izotópos vizsgálatra utalta hozzánk. Ez olyan speciális vizsgálat típus, amelynek révén igen sok információt nyerhetünk a vizsgált szervekről, jelentősen segítve ezzel az Ön kezelőorvosát betegségének megállapításában és kezelése megtervezésében.

Az izotópos vizsgálat során intravénás injekció vagy egyéb formában speciális izotópokat (radioaktív sugárzó anyagokat) adunk Önnek. Az ionizáló sugárzás szöveti károsító hatással rendelkezhet. Kérjük, hogy jelezze, ha terhes, vagy nem kizárt a terhesség lehetősége.

Az alkalmazott anyagoknál túlérzékenységi reakció nem fordul elő, vizsgálatunk kontrasztanyag túlérzékenység esetén is elvégezhető.

Az izotóp szervezetből történő kiürülését a fokozott folyadékfelvétel elősegíti, ezért célszerű a vizsgálat után, - illetve csontvizsgálat esetén a vizsgálatra való várakozás közben is - a szokottnál több folyadékot fogyasztani.

Bár az alkalmazott izotóp a szervezetre nézve minimális kockázattal járhat, a fokozott biztonság érdekében a környezetükben élő 10 éven aluli gyermekeket és terhes anyákat a vizsgálat napján ne engedjék magukhoz közel.

A különböző vizsgálatok várakozási ideje nem azonos, ezért a vizsgálatokat NEM ÉRKEZÉSI SORRENDEN végezzük! Ha további felvilágosítást igényel, kérjük forduljon a vizsgálatot végző szakasszisztenshez, vagy az orvoshoz.

Amennyiben Önnek részletes felvilágosításra van szüksége, és nem Intézetünk területén tartózkodik, kérjük hívja a 06 72 535-841 telefonszámot munkanapokon 08-14 óra között.

Amennyiben ezen felvilágosítás birtokában beleegyezik abba, hogy Önön, vagy kiskorú gyermekén, gondozottján az izotópos vizsgálatot elvégezzük, kérjük jelezze aláírásával az erre a célra készített nyilatkozaton.

Adatvédelem:

Az egészségügyi ellátás során az Ön személyes adatainak védelmét és az Ön jogait törvény biztosítja (1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok védelméről). Ez garantálja, hogy az Önre vonatkozó egészségügyi és személyes adatokat bizalmasan kezeljük.

A jelen izotópos vizsgálat elvégzésének feltétele az Ön személyi azonosító, és a vizsgálatához szükséges egészségügyi adatainak megismerése. Adatainak kezelését a hivatkozott törvény, és a Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Adatvédelmi Szabályzatában leírtaknak megfelelően végezzük.



Önnek jogában áll:

- a) tájékoztatást kérni személyes adatai kezeléséről,
- b) egészségügyi dokumentációit megismerni,
- c) adatainak helyesbítését, illetve – a jogszabályban elrendelt adatkezelések kivételével – törlését kérni,
- d) tiltakozni személyes adatainak kezelése ellen,
- e) jogainak megsértése esetén bírósághoz fordulni.

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Felvilágosítást kaptam a vizsgálat menetéről, esetleges kockázatáról. A felvilágosítást megértettem, a felmerülő kérdéseimre szóban választ kaptam. Az izotópos vizsgálatba beleegyezem, hozzájárulok, hogy intravénásan vagy egyéb módon radioaktív izotópot juttassanak szervezetembe, és tudomásul veszem, hogy a tervezett vizsgálat ionizáló sugárzás alkalmazásával történik.

Az adataim kezeléséről szóló felvilágosítást megértettem, a felmerülő kérdéseimre szóban választ kaptam, adataim kezeléséhez hozzájárulok.

Tisztelt Betegünk!

Amennyiben az Intézetben zajló egészségügyi ellátással kapcsolatban bármilyen problémája, észrevétele, kifogása van, és azt egymás között rendezni nem tudjuk, Önnek lehetősége van kérni az egészségügyi közvetítői eljárást, amelyről a **2000. évi CXVI. törvény** rendelkezik.

Az egészségügyi közvetítői eljárásban kijelölhető közvetítők névjegyzéke megtalálható az alábbi címen:

Pécsi Igazságügyi Szakértői Kamara
7623 Pécs, Rákóczi u. 34.

Az egészségügyi közvetítői eljárás legfontosabb alapelvei az **önkéntesség, bizalom és a titoktartási kötelezettség** vállalása.

A közvetítői tanács nem dönt, nem ad jogi tanácsot, hanem a jogvita gyors megoldásában közvetít. Nem zárja el a feleket a bírósági út igénybevételeének lehetőségétől.

.....
orvos aláírása,
pecsétje

.....
TAJ:
Születési idő:

.....
beteg aláírása