

Beleegyező/elutasító nyilatkozat 24 órás EKG felvételbe

A beteg neve:

TAJ száma:

Lakcíme:

Születési ideje:

1/ Ezen nyilatkozat aláírásával elismerem, hogy a Keszthelyi Városi Kórház belgyógyászati osztályán tájékoztatást kaptam arról, hogy a kórisme megállapítása, betegségem aktuális állapotának tisztázása érdekében 24 órás EKG vizsgálat elvégzése szükséges. A vizsgálat a fontos információkat (szívritmuszavar, szívizom vérellátási zavar) szolgáltat a további kezelés szükségességéről és a választandó kezelési módról.

2/ A 24 órás EKG vizsgálat az alábbi módon történik: a bőrfelszín előkészítése után (szőrtelenítés, zsírtalanítás) öntapadó elektródokat ragasztanak a mellkasra, ezekhez csatlakoztatják a hordozható EKG felvevő készülék kábeleit. Magát a készüléket (súlya kb. 20 dkg.) övre szerelve kell viselnie a betegnek. A készülék viselése némi kellemetlenséggel jár, pl: nem lehet fürödni, zuhanyozni, mivel víz nem érheti a gépet.

3/ A 24 órás EKG vizsgálatnak a betegre nézve veszélye, szövődménye nincs, a készülék elemről működik, áramütés kizárt. Ugyanakkor az EKG felvevőért (kb. 350.000 Ft), a kábelért (kb. 20.000 Ft), és a hordozójakért (kb.2000 Ft) a betegnek felelőséget kell vállalnia elvesztés, illetve a beteg hibájából bekövetkező károsodás esetére.

Mindezek alapján a 24 órás EKG vizsgálat elvégzésébe
(aláhúzni a megfelelőt)

beleegyezem

nem egyezem bele

4/ Kellő idő állt rendelkezésemre a fenti nyilatkozat áttanulmányozására.

Tudomásul veszem, hogy a javasolt beavatkozás elutasításából/ késleltetéséből származó egészségromlásért, egyéb hátrányos következményekért minden felelősség engem terhel. Azokat az egészségügyi dolgozókat, akiknek javaslatát nem fogadtam el, mindennemű felelősség alól felmentem.

Dátum:

.....
beteg olvasható aláírása.....
vagy a törvényes képviselő aláírása (1)**Beteg neve:**

Születési helye ideje:

Lakcíme:

Törv. képv. neve:

Születési helye, ideje:

Lakcíme:

Tájékoztatást végző orvos: (olvasható aláírás).....
Kezelőorvos