

Beleegyező/elutasító nyilatkozat 24 órás vérnyomás monitorozásba

A beteg neve:

TAJ száma:

Születési ideje:

Lakcíme:

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 vérnyomás monitorozás (ABPM) elvégzése javasolt. A vizsgálat a fontos információkat szolgáltat a vérnyomás emelkedés mértékéről, a napszaki ingadozásokról, a további kezelés szükségességéről és a választandó kezelési módról.

2/ A 24 órás vérnyomás monitorozás az alábbi módon történik: az egyik felkarra vérnyomásmérő mandzsettát helyeznek fel, ehhez csatlakoztatják a hordozható vérnyomásmérő készüléket. Melyet (súly kb. 50 dkg.) övre szerelve kell viselnie a betegnek. A készülék viselése némi kellemetlenséggel jár, pl: nem lehet fürödni, zuhanyozni, mivel víz nem érheti a gépet. Az ismétlődő vérnyomásmérések elszoríthatják a kart, ami némi fájdalmat, zsibbadást okozhat. A készülék éjszaka is működik, így megzavarja az alvást. Nappal 15 percenként, éjszaka (22:00- 6:00) 30 percenként mér.

3/ A 24 órás vérnyomás monitorozásnak a betegre nézve veszélye, szövődménye nincs, a készülék elemeiről működik, áramütés kizárt. Ugyanakkor a monitorért (kb. 320.000 Ft), a mandzsettáért (kb. 10.000 Ft), és a hordozójakért (kb.3000 Ft) a betegnek felelőséget kell vállalnia elvesztés, illetve a beteg hibájából bekövetkező károsodás esetére.

Mindezek alapján a 24 órás vérnyomás monitorozás 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