

**Beleegyző nyilatkozat terheléses EKG- vizsgálathoz**

A terheléses EKG fontos része a kardiológiai diagnosztikának.

A terheléssel kapcsolatos panaszok eredetének megítélésében, az ehhez kapcsolódó EKG eltérések kimutatásában jelentős szereppel bír.

Az Ön panaszai és eddigi vizsgálati eredményei indokoltál teszik ezen vizsgálat elvégzését.

Ha rendszeresen gyógyszert szed arról kezelőorvosát tájékoztassa, mert bizonyos gyógyszerek nehezítik a pontos megítélést, így ezek kihagyása szükséges lehet a vizsgálatot megelőzően.

Kérjük adja meg testsúlyát:.....kg, testmagasságát:.....cm. a vizsgálatra biztonságos lábbeliben, derékban kényelmes ruházatban érkezzen. Lehetőség van átöltözködésre.

Hozzon magával folyadékot (szénsavmentes ásványvizet) és törökzöt.

A terhelés kerékpárral történik.

Rövid bemelegítő szakasz után a pedál ellenállása fokozatosan növekszik ( 3 percnként 25 WAT- ot ) mivel szemben Önnek nagyobb erőt kell kifejtenie, mintha emelkedőn haladna. Az asszisztens által mondott fordulatszám ( 50-60 között ) tartomány figyelembe vételével kell a megfelelő tempót tartania a terhelés nagyságától függetlenül.

Folyamatosan ellenőrizzük közben a vérnyomását és EKG-t készítünk. Kóros eltérést észlelve és/ vagy panasz esetén a vizsgálatot megszakítjuk.

Panaszát kérjük azonnal jelezze!

Esetleges szövődmények:

Egyetlen vizsgáló eljárás sem szövődménymentes.

Kialakulhat szédülés, vérnyomás jelentős emelkedése, vérnyomás csökkenés, ritmuszavar is, de a vizsgálóhelyiségek mindegyike ezen szövődmények elhárítására jól felszerelt és a vizsgálat gyakorlott orvos és szak asszisztens közreműködésével történik.

.....  
Kezelőorvos

.....  
beteg olvasható aláírása

.....  
vagy a törvényes képviselő aláírása (1)

Beteg neve:

Törv. képv. neve:

Btege TAJ száma:

Születési helye, ideje:

Születési helye ideje:

Lakcíme:

Lakcíme:

(1) cselekvőképzetlenség, vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett CSAK a törvényes képviselő írhatja alá!

A kezelőorvos részletes felvilágosítása – mely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló következményeket is tartalmazta – ellenére a beavatkozás elvégzéséhez **nem járulok hozzá, az ellátást visszautasítom.**

Keszthely, .....

**Tájékoztatót végző orvos:** (olvasható aláírás)

.....  
Kezelőorvos

.....  
beteg olvasható aláírása

.....  
vagy a törvényes képviselő aláírása (1)

Beteg neve:

Törv. képv. neve:

Születési helye ideje:

Születési helye, ideje:

Lakcíme:

Lakcíme:

(1) cselekvőképzetlenség, vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett CSAK a törvényes képviselő írhatja alá!

.....  
(1) Tanu aláírása

.....  
(2) Tanu aláírása

(1) Tanu neve: .....

(2) Tanu neve: .....

Lakcíme: .....

Lakcíme: .....

(A nyilatkozatot a MedWorkS rendszerben rögzítette: #!AKTUSERNEVE; #!AKTUSERKODJA; )