TÁJÉKOZTATÓ, ADATKÉRŐ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Felnőtt Ultrahangvizsgálat

Az ultrahangvizsgálat napjainkban a leggyakoribb orvosi képalkotó vizsgálati módszer. Fájdalommentes vizsgálóeljárás. Rendkívüli előnye, hogy nem alkalmaz röntgentechnikát, ionizáló sugárzást, így a sejtekben nem okoz károsodást, ami esetleg későbbi betegségek kiindulási alapja lehetne. Ártalmatlan vizsgáló eljárás, ismereteink alapján fiatal, fejlődő szervezetekre is ártalmatlan, több alkalommal is alkalmazható, akár követésre is alkalmas módszer. A képalkotáshoz a vizsgálófejből a testbe leadott ultrahangot (magas rezgésszámú, az emberi fül számára hallhatatlan) használunk, a visszaverődő hanghullámokból hozza létre a berendezés a képalkotáshoz a szürkeárnyalatú képet. A sok ultrahangot visszaverő szöveti elemek világosak (pl. csont, levegő), a visszaverődést nem okozó képletek sötéten (pl. folyadékok) ábrázolódnak. Az ultrahangvizsgálatoknak nagy előnye más képalkotó eljárásokkal szemben, hogy a keringést real time, azaz valós időben vizsgálja, így nemcsak az erek lefutásáról kapunk információt, hanem a benne áramló vér irányáról (color Doppler technológia), sebességéről és egyéb áramlási paramétereiről (duplex/triplex Doppler) is. Ugyancsak előnye az eljárásnak, hogy sokkal kisebb átmérőjű erek is vizsgálhatók, mint akár a CT vagy MRI vizsgálat során. Az ultrahang vizsgálatot radiológus szakorvos, illetve szonográfus szakvizsgával rendelkező kolléga végzi a Magyar Radiológiai Társaság és a nemzetközi irodalomban kidolgozott protokollok alapján. Bizonyos rendellenességek bármikor rejtve maradhatnak.

A vizsgálatra jelentkező adatai

Kérjük, nyomtatott betűkkel, olvashatóan töltse ki!

Név		Férfi ☐	Nő ☐
Születési Hely	Dátum:		
Anyja neve			
Lakcím			
TAJ Szám			
Telefon			
Email			
Beküldő Orvos			
Jelen Panaszok			
Allergia			
Korábbi Betegségek			
Korábbi Műtétek			
Asszisztens Tölti Ki!			
Testmagasság (cm)	cm		
Testsúly (kg)	kg		
Vérnyomás/Pulzus	mmHg / perc		
Testhőmérséklet			
Vér O_2% (Oximeter)			

NYILATKOZAT

Az itt megadott adataimmal _____ (páciens vagy törvényes képviselő neve) hozzájárulok ahhoz, hogy Dr. Klimó Péter EV.(8045 Isztimér, Köztársaság út 100.) továbbiakban Dr. Klimó, felnőtt ultrahangvizsgálatot végezzen.

Elismerem, hogy az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (a továbbiakban: Info tv.), az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény (a továbbiakban: Eüak.), valamint az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 (2016. április 27.) számú általános adatvédelmi rendelete (a továbbiakban: „GDPR") rendelkezéseiről, személyes adataim kezelésének céljáról, módjáról és terjedelméről – a rendelkezésemre bocsátott adatkezelési tájékoztató alapján felvilágosítást kaptam.

Tudomásom van arról, hogy az adatkezelés célját és eszközeit Dr. Klimó Péter EV. (székhelye: 8045 Isztimér, Köztársaság út 100.) határozza meg. Felvilágosítást kaptam arról, hogy a vizsgálat végzéséhez megadott személyes és különleges adataim az itt megjelölt közös adatkezelőn és adatfeldolgozón kívül, más harmadik félhez nem kerülnek továbbításra. Az adatkezelőre a https://www.amuldia.hu/ honlapról elérhető Adatkezelési Nyilatkozat rendelkezései az irányadóak. Jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten tudomásul veszem, hogy fent megadott személyes adataimat a vizsgálat végzése során Dr. Klimó Péter közös adatkezelőként, egészségügyi ellátásra irányuló szerződés teljesítése, jogi kötelezettség teljesítése és igényérvényesítésre vonatkozó jogos érdeke jogcímeken kezelheti.

Tudomásom van arról, hogy a vizsgálat végzéséhez megadott személyes adataimra vonatkozóan az adatkezelő és az adatfeldolgozó részéről a vizsgálat végzésében részt vevő munkavállalókat titoktartási kötelezettség terheli.

Tudomásul veszem, hogy a közös adatkezelő jogos érdeke és személyes hozzájárulásom alapján Dr. Klimó Péter részemre saját, és társintézményei tevékenységével, illetve szolgáltatásával kapcsolatban részletes tájékoztatást küldhet.

Jelen nyilatkozatommal megerősítem, hogy a hozzájárulásom megadásához szükséges, az adatkezeléssel kapcsolatos minden kérdésre kiterjedő részletes tájékoztatást – ideértve az adatkezeléssel kapcsolatos jogaimról és jogorvoslati lehetőségeimről – megkaptam, és hozzájárulásomat, valamint a tudomásulvételemet a jogszabályok szerinti adatkezeléshez ennek tudatában, önként adom meg.

- Nyilatkozom arról, hogy az általam, vagy az egészségügyi intézmény által kitöltött adatlap adataimat helyesen, a valósággal egyezően tartalmazza, és az adatokat a vizsgálat eredményessége érdekében teljeskörűen, a valósággal egyezően közöltem.
- Személyes adataim fentiektől eltérő célú felhasználásához nem járulok hozzá.

A vizsgálatra vonatkozó, itt olvasott, előzetes felvilágosítás után kérem a felnőtt ultrahangvizsgálat elvégzését. Megértem, hogy bizonyos rendellenességek bármikor rejtve maradhatnak. További kérdésem nincs.

Isztimér, 20_____

_____ _____

Páciens Aláírása Törvényes Képviselő Aláírása