

Betegtájékoztató és belegeyző lap			
<b>Dokumentum címe:</b>	<b>Therápiás röntgen besugárzáshoz</b>		
<b>Változat: 05</b>	<b>Hatályos: 2015.10.27.</b>	<b>1.oldal a(z) 2 oldalból</b>	<b>Módosítás 4</b>
<b>Dokumentum száma: Bny./R./05</b>	<b>Hatályba helyezte: Dr. Puskás Tamás osztályvezető főorvos</b>		

Beteg neve: ..... TAJ száma: .....

### Tisztelt Betegünk!

Tájékoztatjuk, hogy mielőbbi gyógyulása érdekében sugárterápiás kezelés vált szükségessé.  
A Siófoki Kórház Radiológia Osztályának gyógyító csoportja a kezeléstről szeretne tájékoztatást adni, hogy mindent mérlegelve döntsön, és belegeyző nyilatkozatát adja a kezeléshez.

### Therápiás röntgen besugárzás

A kezelőorvos által megjelölt régió röntgen besugárzása

**Diagnózis (jelenlegi egészségi állapot magyarul):**.....

### Miért van szükség a kezelésre?

A kezelés fájdalomcsillapító és gyulladáscsökkentő hatású.

Bőrgyógyászati megbetegedések, pl. ekcéma esetén a betegség tünetmentessé tehető.

A felületes bőrdaganatok gyógyíthatóak.

**Kezelés megkezdésének tervezett időpontja:** .....

### Hogyan kell a betegnek felkészülni a kezelésre?

A kezelés előkészítést nem igényel.

### Hogyan történik a kezelés?

A beteg a besugárzandó régiótól függően háton vagy hason fekszik, illetve ülő helyzetben van. A kezelés fájdalomtalan. Röntgen besugárzást csak a kezelendő terület kap, a többi testtájék ólomtakarással védett.

### Kezelés esetén egészségi állapotban történő változás

Ez a diagnosztikai módszer jelentősen segíti a kezelő orvost az Ön betegségének megállapításában és kezelésében.

### A kezelés esetleges szövődménye, kockázata

Igen ritkán vércépző rendszeri megbetegedés előfordulhat.

### Mi a teendő a kezelés után?

A vizsgálat után pihenés javasolt. Szokatlan panasz esetén forduljon az Önt kezelő orvoshoz, szakdolgozóhoz.

Betegtájékoztató és beleegyező lap			
Dokumentum címe:	Therápiás röntgen besugárzáshoz		
Változat: 04	Hatályos: 2014.09.04.	2.oldal a(z) 2 oldalból	Módosítás 3
Dokumentum száma: Bny./R./05	Hatályba helyezte: Dr. Puskás Tamás osztályvezető főorvos		

### Milyen alternatív megoldás lehetséges?

Izületi panaszok esetén reumatológiai kezelés, bőrdaganatok esetén sebészeti beavatkozás, illetve bőrgyógyászati kezelés, melyek diagnosztikus értéke a fent említett beavatkozásával megegyezik.

### Beleegyezési nyilatkozat

Kijelentem, hogy számomra érthető módon kaptam tájékoztatást a fenti beavatkozásról, lehetőségem volt kérdés feltevésre, a tájékoztatást megértettem, mindezek alapján hozzájárulok és kérem a fenti beavatkozás elvégzését.

.....  
felvilágosítást végző személy

.....  
beteg / törvényes képviselő

Siófok,..... év.....hó.....nap.....óra.....perc.

### Elutasítás

Kijelentem, hogy számomra érthető módon kaptam tájékoztatást a beavatkozás elmaradásának kockázatáról, lehetőségem volt kérdés feltevésre, a tájékoztatást megértettem, mindezek alapján nem járulok hozzá a beavatkozás elvégzéséhez, a kezelő orvosomat a beavatkozás elmaradásával kapcsolatban felelősség alól mentesítem.

.....  
felvilágosítást végző orvos

.....  
beteg / törvényes képviselő

Siófok,.... év.....hó.....nap.....óra.....perc

1. tanú:.....

2. tanú:.....

Ezen lap egy aláírt példánya a beteg dokumentációjához csatolandó!