

**Kérdőív CT vizsgálat előtt**  
**Kistó27 Diagnosztika - KT27\_CT\_2026\_02**

Kérjük adja meg a vizsgálatához szükséges adatait és aláhúzással válaszoljon az alábbi kérdésekre!

**Név:**

**Születési név:**

**Anyja neve:**

**Születési hely és idő:**

**TAJ szám:**

**Telefon:**

**E-mail:**

**Egyéb biztosító és kötvényszám:**

Korábbi vizsgálatok:

**Volt-e kontrasztanyagot CT vagy MR vizsgálata az elmúlt 2 napban? Igen - Nem**

**Kapott-e korábban CT, MR, DSA, RTG vizsgálatkor kontrasztanyagot? Igen - Nem**

Ha igen, voltak-e allergiás tünetei?

Van-e önnek allergiás betegsége vagy gyógyszer érzékenysége?

Igen válasz esetén kérjük itt sorolja fel:.....

**Kérjük jelölje be, ha az alábbi betegségek miatt Ön kezelés alatt áll:**

- cukorbetegség (diabetes)
- magasvérnyomás
- asthma
- zöldhályog (glaucoma)
- szívbetegség
- pajzsmirigy betegség
- vesebetegség (pl. veseelégtelenség, veseműtét, fehérjevizelés, stb)
- mellékvese betegség (pl. pheochromocytoma)
- fertőző betegség (TBC, májgyulladás, stb.)

**Van-e egyéb említésre méltó betegsége? Igen - Nem**

Igen válasz esetén kérjük itt sorolja fel:.....

**Szed-e Ön gyógyszert cukorbetegségre? Igen - Nem**

Igen válasz esetén kérjük itt sorolja fel:.....

**Fennáll-e terhesség Önnél? Igen - Nem**

**Szoptat-e? Igen - Nem**

**Volt-e Önnek korábban műtété? (pl. vakbélműtét, császármetszés, nőgyógyászati műtét, stb.)**

Igen válasz esetén kérjük itt sorolja fel:.....

**Kérjük, adja meg testsúlyát kg-ban:**

**Kérjük adja meg testmagasságát cm-ben:**

Legutóbbi eGFR mérés: (csak kontrasztanyagot vizsgálat esetén szükséges)

ideje: ..... év ..... hónap ..... nap ..... értéke: .....

## Beleegyező nyilatkozat a CT vizsgálat elvégzéséről

Kistó27 Diagnosztika - KT27\_CT\_2026\_03

Név:

Születési név:

Anyja neve:

Születési hely és idő:

TAJ szám:

Alulírott kijelentem, hogy a **KT27\_CT\_2026\_01 tájékoztatót a CT vizsgálatokról** elolvastam (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam). A vizsgálatról minden lényeges információt megkaptam, a vizsgálat menetét, célját és lényegét megértettem, a javasolt CT VIZSGÁLATBA BELEEGYEZEM.

A CT vizsgálat során

- kontrasztanyag beadásába, illetve szövődmény esetén a szükséges terápiás beavatkozásba **BELEEGYEZEM**.
- kontrasztanyag beadásába **NEM EGYEZEM BELE**.

*(kérjük a megfelelő válasz aláhúzását!)*

Megértettem, hogy terhesség esetén a vizsgálat csak súlyos betegség gyanúja esetén végezhető el, mivel a röntgensugárzás a magzatot károsíthatja.

Hozzájárulok ahhoz, hogy gyógykezelésem érdekében a mai napon elvégzett vizsgálatom leletezését a Kistó27 Diagnosztika által megbízott radiológus szakorvos végezze teleradiológiai úton. Hozzájárulok ahhoz, hogy a leletező orvos jelen vizsgálatom képanyagát, valamint amennyiben van, a betegségemre vonatkozó előző vizsgálatok képanyagát és az ezzel kapcsolatos dokumentumokat megtekintse.

Hozzájárulok, hogy személyes adataimat az intézmény a törvények betartásával kezelje.

Személyes elérhetőségeim (telefon, email) marketing célú felhasználáshoz

**HOZÁJÁRULOK    NEM JÁRULOK HOZZÁ**

Veszprém, (dátum)

Páciens vagy törvényes képviselő aláírása