

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott, ..... (név, olvasható írással) beteg, vagy törvényes képviselője kijelentem, hogy a terheléses vizsgálatra vonatkozóan az alábbi tájékoztatást kaptam:

**1. Az eljárás célja:** Az EKG, vérnyomás és esetenként a légzés műszeres ellenőrzése mellett alkalmazott fizikai terheléssel olyan eltérések vizsgálata, keresése, illetve ismételt terhelés esetén ellenőrzése, amelyek a szívizom vérellátásának zavarait jelezhetik.

**2. Az eljárás technikája:** Kerékpár ergométeren vagy járőrszalagon történik a fizikai terhelés, fokozatosan emelkedő igénybevétel formájában. A terhelést a teljes fizikai elfáradásig vagy veszélyes tünetek jelentkezéséig kell folytatni annak érdekében, hogy kellő bizonyító ereje legyen. A teljes elfáradás során a szív működés elektromos jelzőjét, az EKG-görbét, valamint a vérnyomást számítógépes rendszerrel folyamatosan ellenőrizzük.

**3. Az eljárás esetleges veszélyei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** A szívbetegség előrehaladott formáiban ritmuszavarok, esetleg szívgyengeség alakulhat ki. Ezek elhárítására minden szükséges eszköz a helyszínen rendelkezésre áll. A vizsgálatot szakasszisztens segítségével szakorvos felügyeli. Kellő körültekintés mellett eddigi tapasztalataink szerint 2-3 ezer vizsgálatra esik egy szövődményes eset.

**4. Ezen eljárás elmaradásának esetleges veszélyei és más eljárási lehetőségek:**  
A beavatkozással nyerhető információk hiánya a betegség kezelését, a beteg további sorsának alakulását alapvetően meghatározza. Más vizsgálóeljárással nem helyettesíthető, illetve csak jóval nagyobb kockázat vállalásával oldható meg.

5. Tájékoztatást kaptam arról, hogy a vizsgálatot menet közben megszakíthatom.

6. A fentiekre számomra részletes és érthető tájékoztatást adott:

Dr. ....

7. A nyilatkozat aláírásával hozzájárulok a fenti beavatkozás elvégzéséhez.

Jelen döntésemet akkor hoztam, amikor minden kérdésemre választ kaptam, így a szükséges adatok rendelkezésemre álltak, tudomásul véve azt is, hogy átlagostól eltérő kockázatot jelenthet a kivizsgálás során eddig fel nem derített betegségek, eltérések fennállása.

Pásztó, .....év.....hó.....nap

.....  
a beteg, vagy törvényes képviselő aláírása