



Történt-e szívkatóterezése (koszorúérfestés)? Mikor? .....év Ha igen, ültettek-e be stentet (fémhálót)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Történt-e Önnek korábban elektrofiziológiai vizsgálata / katéteres ablációja? Mikor.....év	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Történt-e koszorúér bypass műtete (koszorúér-áthidalás)? Mikor? .....év	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Az elmúlt 1 évben történt-e kerékpáros, vagy futópados terheléses EKG vizsgálat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Az elmúlt 1 évben történt-e szívultrahang vizsgálat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Az elmúlt 1 évben történt-e szívizom perfúziós (izotópos) Vizsgálat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Hozzájárulok, hogy rajtam / hozzátartozómon CT vizsgálatot végezzenek és vénás injectio formájában kontrasztanyagot kapjak, melynek esetleges mellékhatásairól előzőleg írásos tájékoztatást kaptam.
- NEM járulok hozzá a kontrasztanyag adásához, de hozzájárulásomat adom, hogy rajtam / hozzátartozómon CT vizsgálatot végezzenek, vállalva a kontrasztanyag vizsgálat elmaradása miatti esetleges nem teljes diagnózissal járó következményeket.
- NEM járulok hozzá, hogy a CT vizsgálatot rajtam / hozzátartozómon elvégezzék, vállalva a vizsgálat elmaradása miatti késedelmes vagy esetleg nem teljes diagnózissal járó következményeket.

Kijelentem, hogy a CT vizsgálattal kapcsolatos írásos tájékoztatást megértettem, szóbeli kérdéseimre választ kaptam.

Páciens (vagy törvényes képviselő) aláírása

Jelenleg szedett gyógyszerek		

Amennyiben bármely kérdéssel kapcsolatban kérdése van, kérjük a vizsgálatot megelőzően jelezze azt az asszisztensnek!

**Radiográfus tölti ki**

Idő	Vérnyomás	Pulzus	Metoprolol (po) /50mg	Ivabradin (po) /5mg
Érkezési			Metoprolol (iv) /50mg	Nitroglycerin (sl) puff
Vizsgálati			Alprazolam (po) /0,25mg	
Távozási			Omnipaque 350 /ml	ml/s
Megjegyzés:				