

Tájékoztató a KKNKKA által szerződés keretében végzett

DEXA-vizsgálat igénybevételéről

(BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT)

Alulírott:

Név : _____

Lakcím : _____

Születési idő : _____

Kapcsolattartási e-mail-cím : _____

a továbbiakban „Kliens”

ez úton jelentem ki, hogy megismertem és megértettem a Kovács Katalin Nemzeti-Kajak Kenu Akadémián (KKNKKA) végzett, az alábbiakban bemutatott vizsgálatokról szóló tájékoztatóban foglaltakat, amely tájékoztatás alapján az abban nevesített vizsgálat elvégzéséhez önkéntesen, a szabad akaratomból egyezek bele.

Figyelem: A vizsgálat minimális mértékű ionizáló sugárzással jár!

A sugárterhelés mértéke alacsony, amely alapján a kapott dózis a legtöbb esetben nem jelent kockázatot az egészségre.

1. A DEXA-vizsgálat célja és működése

DEXA-vizsgálat célja a csontsűrűség mérése, illetve testösszetétel (zsír-, izom- és csonttömeg) meghatározása. A vizsgálat segít a csontritkulás, valamint más metabolikus csontbetegségek diagnosztizálásában és követésében.

A vizsgálat fájdalommentes és nem invazív. A páciens egy vizsgálóasztalon fekszik, miközben a gép alacsony dóziszú röntgensugarakat használ a test különböző pontjainak letapogatására. A vizsgálat időtartama kb. 10–20 perc.



kkna.hu/kajak-kenu-modszertani-kozpont



diagnosztika@kkna.hu



kkna.hu

2. Ellenjavallatok és kizárások a vizsgálat alól

A használat nem javasolt, illetve nem végezhető el az alábbi esetekben:

- Terhesség esetén a vizsgálat tilos, ezért amennyiben fennáll a terhesség gyanúja, azt azonnal jelezni kell a vizsgálatot végző személyzetnek.
- A vizsgálat nem végezhető el, ha a páciens az elmúlt 24 órában izotópot kapott.
- Az emberi testben elhelyezett fémek (Pl.: csípőprotézis, csavarok) befolyásolhatják a mérés pontosságát az érintett területen. A vizsgálat nem tilos, de a leletezést, illetve az adatminőséget módosíthatja a beépített fémimplantátum.

3. A Kliens kötelezettségei

- A vizsgálat előtt állapotáról (esetleges betegségek, gyógyszeresedés, panaszok) pontos tájékoztatást adni.
- Tisztában lenni azzal, hogy a vizsgálaton a saját felelősségére vesz részt, orvos őt a vizsgálat alkalmazásától nem tiltotta el, tudomása szerint az azon való részvételnek ellenjavallata nincsen.
- A vizsgált személy köteles jelezni, ha a mérés előtt vagy alatt bármilyen egészségügyi probléma lép fel, szédülést, rosszullétet vagy fájdalmat érez a vizsgálat során.
- Kifejezetten kijelenteni, miszerint:
 - Nem áll orvosi kezelés alatt, amely kizárná a rendszer alkalmazását
 - Nem vonatkoznak rá az ellenjavallatban foglalt kizárások
 - Nem várandós

4. Tájékoztatás a vizsgálat során keletkező adatok felhasználásáról

A vizsgálatok eredményeit bizalmasan kezeljük, azokat a vizsgálat során értelemszerűen maga a Kliens (illetve törvényes képviselője) és a vizsgálatot végző szakemberek ismerhetik meg. Ezeket az adatokat a KKNKKA személyes adat jelleggel kizárólag az egészségügyi ellátás, dokumentáció és nyomon követés céljából használja fel. A Kliens tudomásul veszi, hogy amennyiben a vizsgálaton a megbízó szakszövetség felkérésére vesz részt, annyiban az annak során kapott eredmények a megbízást adó szakszövetség részére átadásra kerülhetnek.

Ezekkel az adatkezelésekkel kapcsolatban ezen szervezetek tudnak bővebb tájékoztatást adni.

A vizsgálatok során keletkező adatokat a KKNKKA anonimizált formában felhasználhatja a saját tevékenységének a fejlesztése, illetve tudományos célok, kutatások érdekében.



kkna.hu/kajak-kenu-modszertani-kozpont



diagnosztika@kkna.hu



kkna.hu

Beleegyező nyilatkozat:

A kapott tájékoztatás alapján megértettem a vizsgálat célját, annak a menetét és a lehetséges kockázatokat is. Kijelentem, hogy amennyiben voltak, annyiban a feltett kérdéseimre kielégítő válaszokat kaptam, ezért a megfelelő tájékoztatás birtokában, a saját felelősségemre veszek részt a vizsgálaton.

Dátum: _____

Név/lakcím/egyéb azonosító:

Aláírás: _____

Beleegyező nyilatkozat kiskorú Kliens esetén:

Alulírott _____, mint a Kliens gondviselője ez úton járulok hozzá, hogy a fenti vizsgálaton a Kliens részt vehessen.

Dátum: _____

Név/lakcím/egyéb azonosító:

Törvényes képviselő aláírása: _____



kkna.hu/kajak-kenu-modszertani-kozpont



diagnosztika@kkna.hu



kkna.hu