

## Ambuláns lap

**Név:** Nárai-Horváth Nóra  
**Született:** 1992.12.16, Szigetvár  
**Anyja neve:** Polhammer Csilla  
**Cím:** 7815 Harkány, Petőfi Sándor 70  
**Kezelés:** 2023.08.29  
**Nyomtatás ideje:** 2023.08.29 17:28  
**Azonosító:** 093-334-505

**Diagnózisok (BNO)** 02690 - Veszélyeztetett terhesség, k.m.n.

### Beavatkozások (WHO)

Terhesgondozás ultrahang vizsgálattal

30000,-Ft

**Összesen: 30000,- Ft**

### Anamnézis:

Első menstruáció: 13 évesen

Mensesek: 28/5

Szülések, vetélések: ----

Betegségek: rövidlátás, GDM

Műtétek: mandula műtét, gyermekkorban

Gyógyszerek: Magnézium 4x2, Femibion 1x1, Ludea 1x20mg, vas (homeopátiás készítmény)

Gyógyszerérzékenység: ---

Utolsó cervix cytológia: 2023.02.13. neg.

UM: 2023.01.12.

Számított terminus:2023.10.19.

Jelen panaszok: 32 hetes várandós terhesgondozásra érkezik, panaszmentes. GDM miatt diétázik.

Státusz:

TVS: CL: 41 mm

TAS: I. Kpf., AFI: norm., Art. Umbilicalisban norm flow, RI: 0,45 PI: 0,6

Becsült súly: 1617 gr

Javaslat:

Magnéziumot 36 hét után 1 hét alatt, fokozatosan elhagyni. Továbbiak megbeszéltek szerint.

### Nyilatkozat

Figyelembe véve a beteg eddigi kórelőzményét, alapbetegségeit, azok kórlefolyását, a szövődményeket és az

előzetesen nem várt, de esetlegesen kialakuló állapotromlást, a javasolt és felírt gyógyszerek rendelése az érvényes szakmai előírásoknak, protokolloknak, eljárásrendeknek megfelelően történt, a beteggel történt előzetes megbeszélés, felvilágosítás és egyeztetés után.

**Állapotrosszabbodás esetén jelentkezzen mihamarabb kontrollra, sürgősségi esetben keresse fel az Önhöz legközelebbi orvosi ügyeletet illetve sürgősségi ellátó osztályt!**

---

Császár András Dr.

Aláírás, pecsét

Aláírással igazolom, hogy az Ambuláns lap egy példányát átvettem, annak tartalmát részletesen ismertették velem, ill. valamennyi betegdokumentációt (végzett vizsgálatok eredményei, előző zárójelentések, adathordozók: CD, RTG, stb.) a mai napon hiánytalanul átvettem.

Nyilatkozom arról, hogy amennyiben vizsgálat(ok) céljából mintát(kat) vettek tőlem, az eredményekért nem jelentkezem a mintavételt követő időszakban az eredmények várható elkészültének (melyről szóbeli tájékoztatást kaptam) idejéig, a Rendelő nem vállal felelősséget az elmaradt terápia miatti esetleges egészségkárosodásért.

Aláírással elfogadom, hogy vizsgálati eredmény telefonon történő bemondására nincs lehetőség - kivételt képez az életet veszélyeztető eltérés, mely esetben a személyes adatfelvétel előzetesen megadott telefonszámon, személyazonosság ellenőrzését - személybeazonosítást követően kaphatok tájékoztatást, ilyen esetben a telefonon történő eléréssel a Rendelő maximum kétszer próbálkozik.

**Egészségügyi dokumentáció másolatának igénylése:**

Alulírott elfogadom, hogy az orvosi szakma szabályainak és ezáltal a rendelő belső szabályzatának megfelelően, a jelen vizit alkalmával indikált laboratóriumi, képalkotó vagy egyéb diagnosztikai eredmények kiértékelésére külön kontroll vizit keretében a további teendők, vizsgálatok, kezelés átbeszélésével együtt kerülhet sor. Kiértékelésre sem emailen sem telefonon lehetőség nincs. A kiértékelés díját a szolgáltatások díja nem tartalmazza.

Amennyiben kiértékelésre nem tartok igényt, az eredményekről a hatályos adatvédelmi jogszabályoknak megfelelően, 1997. évi CLIV. törvény 24§ 3/c bekezdés értelmében, az alábbiak szerint másolatot kérhetek:

Alulírott, mint páciens illetve a páciens törvényes képviselője kérem, hogy az egészségügyi ellátásom illetve a páciens egészségügyi ellátása során keletkező egészségügyi dokumentáció másolatát - amennyiben később ezt írásban kérem -, saját költségemre az alábbi címre küldjék meg számomra:

**Név:** Nárái-Horváth Nóra

**Cím:** 7815 Harkány, Petőfi Sándor 70

Aláírással tanúsítom, hogy a fenti címre küldött egészségügyi dokumentációt én vagy meghatalmazottam veszi át. Ellenkező esetért a felelősséget én vállalom, a kezelést végző orvost, betegellátót, adatkezelőt felelősség nem terheli. Elfogadom, hogy az egészségügyi adatkezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény értelmében a fenti címet csak személyesen vagy két tanú tanúsításával ellátott írásbeli nyilatkozattal módosíthatom.

---

Beteg aláírása

Köszönjük megtisztelő bizalmát, hogy igénybe vette szolgáltatásainkat.

**Ambuláns lap sorszám:** 230002107