

Beleegyező nyilatkozat lumbálpunkcióhoz FB0313150

Alulírott/név//szül. idő/

Tanusítom, hogy engem Dr. kellő mértékben felvilágosított a tervezett vizsgálat szükségességéről, annak kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről.

Szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam és kellő idő áll rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott vizsgálat visszautasítására. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, ill. a gyógyeredmény alakulásáért a kezelő orvosaimat a felelősség alól felmentem.

Beleegyezem, hogy rajtam a lumbálpunkciót elvégezzük:

Berettyóújalu,

.....
A kezelőorvos aláírása, pecsétje

.....
A beteg, vagy hozzátartozó aláírása

.....
lakcím