

Beleegyező nyilatkozat

Alulírott, / név / / szül.
idő /

tanúsítom, hogy kellő mértékű felvilágosítást kaptam az alábbiakról és elegendő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, milyen vizsgálóeljárás elvégzéséhez adom beleegyezésemet.

Annak ellenére, hogy a modern röntgen kontrasztanyagok nagyon kedvező biológiai tulajdonságokkal rendelkeznek és használatuk számos betegség kimutatásában nem nélkülözhető, alkalmazásuk során elvétve mellékhatások is előfordulhatnak.

A kontrasztanyag vizsgálat során előfordulhatnak:

- Nemkívánatos kísérő jelenségek: teltségérzet, puffadás, feszítő érzés
- Kivételesen ritkán: perforatio (gyomor-bélátfúródás)

Tudomásul veszem, hogy szakszerű beavatkozás esetén is előfordulhatnak a fent említett, előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt, / gyógytartamot / kedvezőtlenül befolyásolják.

Tudomásul veszem, hogy a vizsgálat elmaradása és ennek következtében fellépő szövődmények miatt a felelősség engem terhel.

A fentiek értelmében jogi és anyagi követelményeket a vizsgálatot végző orvossal, illetve a kórházzal szemben nem támasztok.

A vizsgálatba / vizsgálatokba / a tájékoztatás megértése alapján, minden kényszertől mentesen:

beleegyezem

nem egyezem bele

Beleegyezésem alapján kérem, hogy rajtam az alábbi kontrasztos vizsgálatot / vizsgálatokat / elvégezzék:

irrigoscopia (vastagbél feltöltés)

.....
beavatkozást végző orvos aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

.....
lakcíme

Berettyóújfalu, 2000.