



BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
CYSTOGRÁPHIA ÉS DESINVAGINATIO ELVÉGZÉSÉHEZ

A beutalón megnevezett vizsgálat (cystographia, desinvaginatio) menetéről, előnyeiről és lehetséges kockázatairól, valamint a vizsgálat elmaradásának kockázatairól és a választható alternatívákról a tájékoztatást megkaptam.

A beavatkozással kapcsolatban adott tájékoztatást teljes egészében megértettem, a szóban feltett kérdéseimre megfelelő válaszokat kaptam, azokat megértettem. Ismertették velem, hogy jogomban áll bármikor megváltoztatni döntésemet. További tájékoztatási igényem nincs.

Tudomásul veszem, hogy szakszerűen végrehajtott vizsgálat esetén is felléphetnek előre nem várható események, szövődmények.

A kapott tájékoztatás kellő mérlegelése alapján beleegyezem a vizsgálat elvégzésébe.

.....
Dátum

.....
tájékoztató / beavatkozást végző orvos
aláírása, pecsétje

.....
beteg / szülő / törvényes képviselő
aláírása