

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT GYOMORRÖNTGEN VIZSGÁLATHOZ

Tanúsítom, hogy a 113-5/2019-es iktatószámú tájékoztatót (BETEGTÁJÉKOZATÓ A GYOMORRÖNTGEN VIZSGÁLATHOZ) megismertem, megértettem, tudomásul vettem és a felmerülő kérdéseimet föltehettem, melyekre kielégítő választ kaptam.

Tudomásul veszem, hogy a beavatkozásnak előre nem várt kockázatai és szövődményei lehetnek, melyek szakszerűen elvégzett vizsgálat esetén is előfordulhatnak. Erre vonatkozóan – a tájékoztató mellett - feltehettem a bennem fölmerülő kérdéseket és szabadon dönthettem a vizsgálatba való beleegyezésről.

Kérem, hogy a fent megnevezett vizsgálatot (gyomorröntgen) végezzék el rajtam.

.....

kezelőorvos aláírása

.....

a beteg v. törv.képv. aláírása +

.....

tanú aláírása

.....

tanú aláírása

+ Korlátozottan cselekvőképes, ill. cselekvőképtelen beteg esetén a nyilatkozatot a törvényes képviselő adja.