



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT
Felső tápcsatorna endoszkópos ultrahang vizsgálata
GASZTRO-5/1/2. sz. melléklet

A beteg neve:	A vizsgálat megnevezése:
A beteg születési dátuma:	Felső tápcsatorna endoszkópos ultrahang vizsgálata
A beteg lakcíme:	
A beteg TAJ-száma:	

➔ **Elutasító nyilatkozat**

Amennyiben **NEM FOGADJA EL a javasolt kezelést**, kérjük, írja alá az alábbi nyilatkozatot:

A kezelőorvos részletes felvilágosítása—mely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló következményekre is kitért — ellenére a beavatkozást elvégzését megtagadom.

A felvilágosítást adó orvos szakképesítése és beosztása		A felvilágosítást adó orvos aláírása és pecsétje	
A beavatkozást végző orvos szakképesítése és beosztása		A beavatkozást végző orvos aláírása és pecsétje	

.....
A beteg vagy a nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

1. Tanú aláírása:

Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

2. Tanú aláírása:

Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

.....

Kaposvár, év hó nap óra perc