BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT
Felső tápcsatorna endoszkópos ultrahang vizsgálata

GASZTRO-5/1/3. sz. melléklet

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

➲ Tájékoztatásról való lemondás

Amennyiben **LEMOND a tájékoztatásról és más személyt feljogosít erre**, kérjük, írja alá az alábbi nyilatkozatot:
Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni.

……

Helyettem tájékoztassák:

……-t

A beteg által megnevezett, nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

Neve:
Anyja neve:
Lakcíme:

Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézírásával megismételten leírva, aláírva, vagy írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében és azok aláírásával ellátott teljes bizonyítóerejű magánokiraton erősítse meg!
Helyettem tájékoztassák:

……-t

A beteg által megnevezett, nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

Neve:
Anyja neve:
Lakcíme:

Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézírásával megismételten leírva, aláírva, vagy írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében és azok aláírásával ellátott teljes bizonyítóerejű magánokiraton erősítse meg!

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	

……-t

A beteg vagy a nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

1. Tanú aláírása (kizárólag a beteg írásképtelensége esetén, azaz ha szóban történik a nyilatkozattétel):
Neve:
Anyja neve:
Lakcíme:

2. Tanú aláírása (kizárólag a beteg írásképtelensége esetén, ha szóban történik a nyilatkozattétel):
Neve:
Anyja neve:
Lakcíme:

Kaposvár, …… év …… hó …... nap .... óra …... perc