BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT
Felső tápcsatornai tükrözés (gasztroszkópia)

GASZTRO-8/1/2. sz. melléklet

A beteg neve:	**A vizsgálat megnevezése:**
A beteg születési dátuma:	• **magyarul: Felső tápcsatornai tükrözés**
A beteg lakcíme:	• **latinul: Gastroscopia**
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