

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott..... (név)(születési idő) ennek a nyilatkozatnak az aláírásával tanúsítom, hogy

1. A betegtájékoztatót elolvastam.
2. Ismertették, hogy a beavatkozás következményeként szövődmények léphetnek fel, ritkán orvosi kezelést is igénylő állapot alakulhat ki.
3. A beavatkozással kapcsolatos kérdéseimre választ kaptam.
4. A vizsgálat elutasításának lehetséges egészségügyi következményeiről tájékoztattak. Tudomásul veszem, hogy amennyiben a vizsgálatot visszautasítom, kezelőorvosomat nem terheli felelősség az emiatt fellépő káros következményekért, illetve betegségem kedvezőtlen alakulásáért.
5. A fenti tájékoztatás alapján, kellő mérlegelés után, a vizsgálatba, ill. az esetleg szövődmények kezelésébe

Beleegyezem / nem egyezem bele

(Kérjük a megfelelőt aláhúzni!)

Pécs, 2023.____.____.

.....
A beteg vagy törvényes képviselő

.....
A beteget tájékoztató orvos

.....
Endoszkópos asszisztens

Berényi Andrea

endoszkópos szakasszisztens

+36 70 387 4608

andrea.berenyi@davinciklinika.hu

info@davinciklinika.hu