

Kontrasztanyag vizsgálatba történő beleegyező nyilatkozat

Alulírott (szül. idő. :)
jelen nyilatkozat aláírásával tanusítom, hogy engem dr.
az osztály orvosa - mint a beavatkozást végző orvos
megfelelő, számomra érthető módon tájékoztatott az alábbiakról:

1. Kezelőorvosom felvilágosított arról, hogy rajtam kontrasztanyaggal végzendő röntgenvizsgálat végrehajtása szükséges, melynek tervezett időpontja:
2. Tájékoztatást kaptam arra vonatkozóan, hogy gyógykezelésem, gyógyulásom érdekében milyen előnnyel jár a vizsgálat elvégzése, ill. elmaradása milyen kockázattal jár.
3. Tájékoztatást kaptam arról, hogy e vizsgált következményeként, mellékhatásaként, szövődményeként felléphet: átmeneti, múló rosszullét, ritkán orvosi kezelést is igénylő állapot, egészen kivételesen halálos szövődmény.
4. Az orvos által adott felvilágosítással összefüggésben a (vizsgálat kockázatairól, lehetséges szövődményeiről és várható következményeiről) a szóban feltett kérdéseimre tőle megfelelő választ kaptam és megfelelő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy döntsek arról, hogy gyógyulásom érdekében beleegyezem-e a vizsgálatba vagy sem.
5. ⊕A fenti tájékoztatás alapján kellő mérlegelés után
 - **beleegyezem**, hogy rajtam a kontrasztanyaggal végrehajtandó röntgenvizsgálatot elvégezzék,
 - **nem egyezem bele**, hogy rajtam a kontrasztanyaggal végrehajtandó röntgenvizsgálatot elvégezzék.
6. Tudomással bírok arról, hogy amennyiben a vizsgálatot visszautasítom, a kezelő orvosomat felelősség nem terheli, az ennek következtében bekövetkező esetleges egészségromlásért, ill. a gyógyeredmény további kialakulásáért.

Dátum:

.....

kezelőorvos

beteg

(vagy törvényes képviselő)

⊕A megfelelő nyilatkozat aláhuzandó