

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Fluorescein angiographiás vizsgálathoz.

A beteg adatai:	Korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen beteg törvényes képviselőjének (hozzátartozójának) neve:
név	
születés dátuma	
TAJ	

Tanúsítom, hogy engem kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

Betegségem kivizsgálásához és/vagy kezeléséhez szemfenéki érfestéses vizsgálatra van szükség. Ezzel a módszerrel egyes, szabad szemmel nem látható szemfenéki elváltozásokat vizsgálunk. A beavatkozás során beadott vénás injekció miatt átmeneti rosszullét, hányinger, hányás jelentkezhet. Az alkalmazott festékanyagtól bőröm, vizeletem körülbelül egy napig sárgás színű lesz. Ritkán, de előfordulhat allergiás reakció, mely a bőrviszketéstől a gégevizenyő kialakulásáig terjedhet.

Tudomásul veszem, hogy a szakszerű vizsgálat esetén is felléphetnek előre nem várható szövődmények, amelyek kedvezőtlenül befolyásolhatják a várható gyógyuláshoz.

A beavatkozással kapcsolatban adott tájékoztatást teljes egészében megértettem, a beavatkozás előnyeire, hátrányaira, elmaradásának kockázataira és a számomra nem érthető részletekre vonatkozó szóban feltett kérdéseimre kielégítő válaszokat kaptam, azokat megértettem. Elegendő idő állt rendelkezésre a döntésem meghozatalához, így a kapott tájékoztatás kellő mérlegelése alapján **beleegyezem, hogy rajtam a fluorescein angiographiás vizsgálatot elvégezzék.** Beleegyezésemet azzal a kitételrel fenntartom, hogy ezt a hozzájárulásomat bármikor visszavonhatom.

Szekszárd, 20.....

.....
orvos aláírása, pecsétje

.....
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

ELUTASÍTÓ NYILATKOZAT

A fenti tájékoztatását tudomásul vettem, azzal kapcsolatban kérdezhettem és a kérdéseimre kielégítő választ kaptam. Ez után a javasolt **fluorescein angiographiás vizsgálatba saját felelősségemre nem egyezem bele.** Tudomásul veszem, hogy ebben az esetben kezelőorvosomat felelősség nem terheli a visszautasításom kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért. Az esetleges egészségkárosodásom következményeit vállalom.

Szekszárd, 20.....

.....
orvos aláírása, pecsétje

.....
beteg vagy törvényes képviselő aláírása