

**BELEEGYZÉSI NYILATKOZAT A NYELŐCSŐ, GYOMOR, EPEUTAK, VÉKONYBÉL, VASTAGBÉL
ÉS VÉGBÉL ENDOSCOPOS BEAVATKOZÁSAIHOZ**

A beavatkozásról a tájékoztatót elolvastam, az orvos általi szóbeli tájékoztatást megértettem, valamennyi kérdésemre választ kaptam. **A beavatkozás elvégzésébe beleegyezem, kérem annak elvégzését.**

Keszthely,

Tájékoztatót végző orvos: (olvasható aláírás)

.....
Kezelőorvos

.....
beteg olvasható aláírása

Beteg neve:
Születési helye ideje:
Lakcíme:

.....
vagy a törvényes képviselő aláírása (1)

Törv. képv. neve:
Születési helye, ideje:
Lakcíme:

(1) cselekvőképesség, vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett CSAK a törvényes képviselő írhatja alá!

A kezelőorvos részletes felvilágosítása – mely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló következményeket is tartalmazta – ellenére a beavatkozás elvégzéséhez **nem járulok hozzá, az ellátást visszautasítom.**

Keszthely,

Tájékoztatót végző orvos: (olvasható aláírás)

.....
Kezelőorvos

.....
beteg olvasható aláírása

Beteg neve:
Születési helye ideje:
Lakcíme:

.....
vagy a törvényes képviselő aláírása (1)

Törv. képv. neve:
Születési helye, ideje:
Lakcíme:

(1) cselekvőképtelenség, vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett CSAK a törvényes képviselő írhatja alá!

.....
(1) Tanu aláírása	(2) Tanu aláírása
(1) Tanu neve:	(2) Tanu neve:
Lakcíme:	Lakcíme: