

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT (Szülő vagy törvényes képviselő)

A vizsgált személy neve:.....Születési idő:.....

TAJ:....., a nyilatkozat aláírásával:

- **Beleegyezem**, hogy a mellkas röntgen (tüdőszűrő) vizsgálatot elvégezzék
- **Nem egyezem bele**, hogy a mellkas röntgen (tüdőszűrő) vizsgálatot elvégezzék

Tudomásul veszem, hogy a tervezett vizsgálat ionizáló sugárzás alkalmazásával történik. Az ionizáló sugárzás szöveti károsító hatással bír, mely károsító hatásnak alsó határa nincs és a statisztikai valószínűség alapján – kis százalékban – de daganatképződést is elindíthat.

A nyilatkozat aláírásával – amennyiben női beteg vizsgálatáról van szó – egyúttal kijelentem, hogy tudomásom szerint terhes nem vagyok.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben a vizsgálatot visszautasítom a kezelőorvosomat, illetve a radiológus orvost nem terheli felelősség a vizsgálat elmaradásából származó diagnosztikus hátrányért, és az abból származó következményekért.

Pécs, 20.....

.....
szülő vagy törvényes képviselője

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT (Szülő vagy törvényes képviselő)

A vizsgált személy neve:.....Születési idő:.....

TAJ:....., a nyilatkozat aláírásával:

- **Beleegyezem**, hogy a mellkas röntgen (tüdőszűrő) vizsgálatot elvégezzék
- **Nem egyezem bele**, hogy a mellkas röntgen (tüdőszűrő) vizsgálatot elvégezzék

Tudomásul veszem, hogy a tervezett vizsgálat ionizáló sugárzás alkalmazásával történik. Az ionizáló sugárzás szöveti károsító hatással bír, mely károsító hatásnak alsó határa nincs és a statisztikai valószínűség alapján – kis százalékban – de daganatképződést is elindíthat.

A nyilatkozat aláírásával – amennyiben női beteg vizsgálatáról van szó – egyúttal kijelentem, hogy tudomásom szerint terhes nem vagyok.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben a vizsgálatot visszautasítom a kezelőorvosomat, illetve a radiológus orvost nem terheli felelősség a vizsgálat elmaradásából származó diagnosztikus hátrányért, és az abból származó következményekért.

Pécs, 20.....

.....
szülő vagy törvényes képviselője