

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

*Fluorescein angiographiás vizsgálat*hoz

Alulírott **#!NEV;** **#!SZULIDO;** **#!TAJ;** tanúsítom, hogy engem **#!OSZTVZSGKEZORVPROP(1);#!KEZORVPROP(1);** 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 rosszullet, hányinger, hányás jelentkezhet. Az alkalmazott festékanyagtól bőröm, vizeletem körülbelül egy napig sárgás színű lesz. Ritkán, de előfordulhat allergiás reakció, mely a bőrviszketéstől a gégevizényő kialakulásáig terjedhet.

Ugyanúgy, mint bármely invazív beavatkozásnál, lehetetlen minden komplikációt megemlíteni. Ezt a beleegyző nyilatkozatot a betegségről, a javasolt vizsgálatról, annak kockázatairól, szövődményeiről történő teljes felvilágosítás után úgy írom alá, hogy annak tartalmát megértettem. A számomra nem érhető részletekről kérdezhettem, és a kérdéseimre kielégítő választ kaptam, ezek után a fluorescein angiographiás vizsgálatba beleegyezem.  
Miskolc, **#!AKTDATUMHONAPNEVVVEL;**

.....  
Orvos aláírása

.....  
Beteg, vagy törvényes  
képviselőjének aláírása

Alulírott **#!NEV;** **#!SZULIDO;** **#!TAJ;** a kezelőorvosom által a betegségről, annak kivizsgálásáról, kezeléséről adott tájékoztatását tudomásul vettem, ezzel kapcsolatban kérdezhettem, és a kérdéseimre kielégítő választ kaptam.

Ez után a javasolt fluorescein angiographiás vizsgálatba saját felelősségemre nem egyezem bele.

Az ebből adódó esetleges egészségkárosodásom következményeit vállalom, a felelősség alól kezelőorvosomat felmentem.  
Miskolc, **#!AKTDATUMHONAPNEVVVEL;**

.....  
Orvos aláírása  
képviselőjének aláírása

.....  
Beteg vagy törvényes