**BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT VÉKONYTŰ ASPIRÁCIÓS CITOLÓGIA**

**MINTAVÉTEL ELVÉGZÉSÉRŐL**

Név: ................................................................

Születési dátum: .............................................

....................................................................... TAJ szám: .............................................

Vizsgálat időpontja:..............(év)......................(hó)............(nap)

Alulírott kijelentem, hogy a jelen beleegyező nyilatkozathoz tartozó szóbeli és írásbeli tájékoztatást, különösen a számomra hozzáférhetően közzétett „**BETEGTÁJÉKOZTATÓ VÉKONYTŰ ASPIRÁCIÓS CITOLÓGIA MINTAVÉTELHEZ**”-ben leírtakat megértettem és tudomásul vettem. Tudomásul veszem, hogy a beavatkozást szakszerű végrehajtása esetén is előfordulhatnak előre nem látható, az előzőekben nem említett szövődmények.

A javasolt mintavétel vizsgálatba **BELEEGYEZEM.**

**Beteg (vagy törvényes képviselő) aláírása:**………………………………………………………………

A beteg a tájékoztató átbeszélése ellenére elutasítja a beavatkozást. Az elutasítás lehetséges következményeiről a páciens felvilágosítást kapott. Az elutasítás okaként a páciens a következőt jelöli meg:

A mintavétel, vizsgálat elmaradása esetén tudomásul veszem, hogy a diagnózis felállításának nehézsége pontatlan diagnózishoz, állapotromláshoz vezethet.

A javasolt mintavétel vizsgálatba **NEM EGYEZEM BELE.**

**Beteg (vagy törvényes képviselő) aláírása**:………………………………………………………………….

**KÉRJÜK, ALÁHÚZÁSSAL VÁLASZOLJON AZ ALÁBBI KÉRDÉSEKRE**!

Tud-e arról/van-e Önnek valamilyen gyógyszerre túlérzékenysége?

NEM…….. IGEN

Tud-e arról/van-e Önnek vérzékenysége,

 NEM….…. IGEN

...............................(hely)..............(év)......................(hó)............(nap)

Asszisztens/Orvos aláírása