



Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni!

Név: .....

TAJ szám: .....

Születési dátum: .....

Vizsgálat időpontja: 2020. ....

## Beleegyező nyilatkozat röntgen vizsgálat elvégzéséhez, terhesség esetén

A nyilatkozat aláírásával 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 magzatkárosító hatása lehet. A nyilatkozat aláírásával – amennyiben női beteg vizsgálatáról van szó – egyúttal kijelentem, hogy tudomásom szerint terhes 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.

### NYILATKOZAT RÖNTGEN VIZSGÁLAT ELVÉGZÉSÉRŐL

**BELEEGYEZEM**, hogy a röntgen vizsgálatot elvégezzék:

Beteg (vagy törvényes képviselő) aláírása:

**NEM EGYEZEM BELE**, hogy a röntgen vizsgálatot elvégezzék:

Beteg (vagy törvényes képviselő) aláírása:

2020. .... hó ..... nap

Asszisztens/Orvos aláírása