

# Beleegyező nyilatkozat

Én, ..... szóbeli tájékoztatást kaptam a fenti vizsgálatról. Tudomásul veszem, hogy a szűrővizsgálat nem helyettesíti a klinikai vizsgálatot. A szűrővizsgálat alapvető célja, hogy a rizikófaktorokat kiszűrje. Lehetőségem volt a kapott információkat megbeszélni, kérdéseket feltenni. Beleegyezem a vizsgálatban való részvételbe és részvételem teljesen önkéntes.

Megértettem, hogy beleegyezésemet bármikor, indoklás nélkül visszavonhatom, és ez nem befolyásolja későbbi ellátásomat. Tudomásul veszem, hogy szakszerű kivizsgálás esetén is előfordulhat előre nem látható változás a fizikai állapotomban, amelyek egészségi állapotomat, a várható gyógyeredményt és tartamot kedvezőtlenül befolyásolhatják. Az egészségügyi személyzetet az előre nem látható szövődményekért felelősség nem terheli, ill. az eltitkolt tünetek, nem közölt információk okozta hiányosságok tekintetében mindaddig, amíg a szakma szabályai szerint jártak el.

Megismertem az ellátásban közvetlenül közreműködő személyek nevét, szakképesítését és beosztását. Tudomással bírok arról, hogy megismerhetem a rám vonatkozó egészségügyi adatokat, dokumentációmba betekinthelek, mindezek a jogok megilletik az általam megjelölt személyeket is. Tájékoztatjuk, hogy a vizsgálat és az azt követő egészségügyi eljárás térítési díja térítésköteles, mely díjazás előre írásban foglaltatott. A jelen nyilatkozatban foglaltakat megértettem, tudomásul vettem és aláírással hitelesítem.

Budapest, 201... ..

----- aláírás

Medina-Vital Kft.  
Székhely: 2143 Kistarcsa,  
Váci Mihály u.27.  
Telephely: 1182 Budapest, Üllői út 579.  
Adószám: 24661815-1-13  
Dr. Dutka Edina  
Nyilvántartási szám: 71696