

**Csongrád-Csanád Megyei Mellkasi Betegségek Szakkórháza**

**Intézményvezető: Dr. Bálint Beatrix Ph.D.**

6772 Deszk, Alkotmány u. 36.

Tel.: 62/571-511, Fax: 62/571-550

OEP KÓD:

*Osztályvezető főorvos:*

*Tel.:*

## Beleegyező nyilatkozat bronchoscopos vizsgálathoz

Név:.....

A javasolt bronchoscopos vizsgálat menetéről felvilágosítottak, elvégzésébe beleegyezem.

Bronchoscopea során történő anyagvételetről (Szövetteni vizsgálat, cytológiai vizsgálat, bakteriológiai vizsgálat) felvilágosítottak, elvégzésébe beleegyezem.

Ismert lidocain allergiám, glaukómám nincs.

A javasolt transthoracalis tübiopsia vizsgálat menetéről felvilágosítottak, elvégzésébe beleegyezem.

Glaukóma (zöldhályog) betegsége nincs, lidocain érzékenységről nem tudok.

.....  
beteg olvasható aláírása

.....  
vagy a törvényes képviselő aláírása (1)

Beteg neve:

Törv. képvis. neve:

Születési ideje:

Születési ideje:

Születési helye:

Születési helye:

Lakcíme:

Lakcíme:

(1) cselekvőképesség hiányában, vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyet **CSAK** a törvényes képviselő írhatja alá!

(A dokumentumot a MedWorkS rendszerben rögzítette: )