

Vizsgált beteg neve:.....

Születési neve:.....

Születés helye, dátuma: .....

TAJ száma:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Édesanyja leánykori neve: .....

Lakcíme, telefonszáma:.....

Intézetünkben történt-e korábbi CT vizsgálat:      igen       nem

Testsúly:..... kg

Testmagasság: ..... cm

Gyógyszerallergia: .....

Egyéb allergia:.....

Kijelentem, hogy a **CT vizsgálatról**, és annak esetleges szövődményeiről megfelelő tájékoztatást kaptam.

A tájékoztatást megértettem, esetleges kérdéseimre választ kaptam.

1. **Hozzájárulok**, hogy a vizsgálatot, amennyiben szükséges, kontrasztanyag adásával együtt rajtam/gyermekemen elvégezzék.
2. **Nem járulok hozzá**, hogy a vizsgálat kapcsán nekem/gyermekemnek intravénás kontrasztanyagot adjanak, vállalva a késedelmes vagy esetleg téves diagnózissal járó következményeket.
3. **Nem járulok hozzá**, hogy a vizsgálatot rajtam/gyermekemen elvégezzék.

*Kérjük, a megfelelő választ karikázza be!*

.....  
beteg / gyermek törvényes hozzátartozója

.....  
CT vizsgálatot végző orvos

.....  
Tanú

Budapest, 20.....

Dokumentum kód:	EL4.3-F1r	Oldalszám:	1./1
Változat szám:	3.		
Állomány név:	C:/Tanúsítás/Formanyomtatványok/EL4.3-F1r-3	Érvénybe lép:	2013. 07 .15.