



**BUDAPESTI PÉTERFY SÁNDOR UTCAI
KÓRHÁZ-RENDELŐINTÉZET**

✉: 1076 BUDAPEST, PÉTERFY SÁNDOR UTCA 8-20

☎: 06-1-461-4700

@: PETERFY@PETERFYKH.HU



Beleegyző nyilatkozat bronchoscopos vizsgálatba

Alulírott(név)(szül. idő) tanúsítom, hogy engem
dr.felvilágosított az alábbiakról:

A vizsgálat éhgyomorral történik, a garat helyi érzéstelenítése után egy optikai műszert
/bronchoscop/ vezetünk le szájon át a nyelőcsövön. A vizsgálat fájdalommentes. Ideje 3-10 perc.

Szükség esetén, ha igényli, nyugtató injekciót is kaphat.

A vizsgálat után 1 órán belül ne étkezzon, mert a garatérzéstelenítés miatt félrenyelhet. Ha nyugtató
injekciót kapott, reakcióképességének csökkenése miatt a vizsgálat napján autót nem vezessen!

Lehetséges szövődmények:

- az érzéstelenítőszerrel, vagy nyugtató iránti túlérzékenység
- a szövetminta vétele vérzéssel járó
- műszer okozta sérülés lehetősége

A fentiek valószínűsége minimális, ezek miatt ritkán sürgős műtét válhat szükségessé.

Ha bármilyen egyéb kérdése lenne, kérjük, hogy tegye fel kezelőorvosának, vagy a vizsgáló
orvosának, készséggel válaszolunk rá.

Beleegyezési nyilatkozat

A betegtájékoztató elolvasása és a szóbeli tájékoztatás után a javasolt bronchoscopos vizsgálatba

Beleegyezem *

Nem egyezem bele*

Kérjük aláhúzással válaszoljon az alábbi kérdésekre:

Tud-e valamilyen gyógyszer iránti túlérzékenységről? Nem – Igen

Ha igen, mely gyógyszerre?...../

Van-e vérzékenysége? Nem – Igen

Fennáll-e terhesség? Nem – Igen

Van-e beültetett szívritmus szabályozója? Nem – Igen

Van-e egyéb említésre méltó betegsége? Nem – Igen

Van-e epilepsziája? Nem – Igen

Van-e zöldhályogja? Nem – Igen

Ha igen, mi az?.....

Kelt: Budapest, 20.....

.....
beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

.....
az orvos aláírása

(rokonsági fok:)

Tanúk:

1. Név:

2. Név:

Cím:

Cím: