

## **Beleegyező nyilatkozat videofelvétel készítéséhez**

Beteg neve:

Születési ideje:

Lakcíme:

TAJ száma:

Anyja neve:

Törzsszáma:

### **Tisztelt Betegünk!**

Hozzájárulok ahhoz, hogy a diagnosztikus célból végzett EEG vizsgálat ideje alatt az arcom és mellkasom területéről videofelvétel készüljön, melyet az asszisztens az EEG-t értékelő orvos részére átad. Tudomásul veszem, hogy a diagnózis megállapítását követően a felvétel vissza nem állítható módon törlésre kerül, és másolat nem készül róla.

Karcag, 20

.....  
felvilágosítást végző

.....  
beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg akaratnyilvánításra képtelen állapotban van és törvényes képviselője nincs jelen.

Karcag, 20

.....  
vizsgálatot értékelő orvos aláírása