**BETEG BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT**

**ASPIRATIOS CYTOLOGIAI MINTAVÉTELHEZ**

Beteg neve: ………………………………………………………………

Születési ideje: …………………………………………………………..

TAJ szám: ………………………………………………………………

Kezelőorvosom felvilágosítása alapján megértettem, hogy betegségem okának tisztázása céljából aspiratios cytologiai mintavételre van szükség.

A mintavételről szóló tájékoztatást elolvastam, megértettem.

A vékonytű aspiratios cytologiai mintavétel elvégzéséhez megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésemet adom, kérem a vizsgálat elvégzését.

Budapest, ……………………………..

 ………………………………………..

 beteg aláírása