



NYILATKOZAT

Izotópos vizsgálat a beteg önhibájára visszavezethető okból elmaradása esetére a vizsgálathoz megrendelt radiofarmakon ellenértékének megtérítése tárgyában

Alulírott (Név)
..... (TAJ)
..... (Lakcím)

VAGY

Cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképese beteg esetén a törvényes képviselő
..... (Név)
..... (Anyja neve)
..... (Lakcím)

Tudomásom van arról, hogy kezelőorvosom javaslatára betegségem jellegére tekintettel a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ OKK Nukleáris Medicina nem önálló Tanszéken (továbbiakban: OKK NMT) **izotópos vizsgálatot** terveznek.¹

Tudok arról, hogy a fenti vizsgálat elvégzéséhez.....(anyag megnevezése, továbbiakban: radiofarmakon) beszerzése szükséges, amelynek ellenértéke megközelítőleg,-Ft.

Mivel a fenti vizsgálat elvégzéséhez az OKK NMT részéről a radiofarmakon megrendelése személyre szabottan történik, ennek megfelelően más betegnél az nem felhasználható, ezért erre tekintettel

nyilatkozom

hogy abban az esetben, ha a tervezett izotópos vizsgálaton önhibámból nem veszek részt, és az OKK NMT-t erről a tervezett kezelést megelőzően (számmal és betűvel is) nappal nem tájékoztattam, úgy vállalom a kezelés elmaradásából eredő anyagi kár, azaz a radiofarmakon beszerzési árának a megtérítését.

Amennyiben a megtérítéssel kapcsolatban a Pécsi Tudományegyetem és közöttünk jogvita keletkezne, úgy jelen nyilatkozatom aláírásával alávetem magam az ügyben hatáskörrel rendelkező pécsi székhelyű rendes bíróság kizárólagos illetékességének.

Kelt:

beteg/törvényes képviselő aláírása