

NYILATKOZAT

az izotópos vizsgálatnak a beteg önhibájára visszavezethető okbóli elmaradása esetére a vizsgálathoz megrendelt radiofarmakon ellenértékének megtérítése tárgyában

Alulírott

..... (Név)

..... (TAJ)

..... (Lakcím)

VAGY

Cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes beteg esetén a törvényes képviselő

..... (Név)

..... (Anyja neve)

..... (Lakcím)

tudok arról, hogy kezelőorvosom javaslatára betegségem jellegére tekintettel a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Nukleáris Medicina Intézetében (továbbiakban: NMI) 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 NMI 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 NMI-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 közöttem jogvita keletkezne, úgy jelen nyilatkozatom aláírásával alávetem magam az ügyben hatáskörrel rendelkező pécsi székhelyű rendes bíróság kizárólagos illetékességének.

Kelt:.....

.....
beteg/törvényes képviselő aláírása

Megjegyzés¹:

jelen nyilatkozat az alábbi OENO kódú beavatkozások kitöltése során kötelező: 3522D, 35243, 35244, 35274, 3581B, 35850

A nyilatkozat érvényességi ideje: 2013. július 18-tól visszavonásig