



Dagsetning:	Persónuupplýsingar á limmiða:
Ég undirritaður:	
(Nafn)	
(Kt.)	
(Heimilisfang)	
Samþykki að gangast undir meðferð og/eða rannsókn á erlendu sjúkrahúsi:	
Heiti sjúkrahúss og nafn ábyrgs læknis erlendis	
(Tilgangur meðferðar og/eða rannsóknar)	

Með undirskrift minni staðfesti ég að mér hafa verið veittar upplýsingar um ofangreinda fyrirhugaða meðferð og/eða rannsókn hjá erlendri sjúkrastofnun/sérfræðingi.

Ég geri mér ljóst:

- Hvaða meðferð og/eða rannsókn verður veitt
- Hvar meðferð og/eða rannsókn verður veitt
- Hvaða erlendur læknir ber ábyrgð á meðferð

Mér hefur verið gerð grein fyrir tilgangi, eðli og áhættu rannsóknar/meðferðar og hugsanlegum fylgikvillum. Ég hef fengið tækifæri til að bera fram spurningar og fengið fullnægjandi svör við þeim. Ég staðfesti að ég skil framangreindar upplýsingar.

Ég geri mér ljóst að ófyrirséð vandamál geta komið upp á meðan meðferð og/eða rannsókn stendur og samþykki að á þeim verði tekið eftir þörfum svo fremi sem slíkt verði gert á vel rökstuddan og gagnreyndan hátt. Ég samþykki einnig að í undan-tekningar- og /eða neyðartilvikum framkvæmi annar tilkvaddur læknir meðferðina og/eða rannsóknina.

Með þessu er réttur minn til málsóknar, ef óvænt atvik verða eða mistök gerð, á engan hátt skertur og má meðferðaraðilum einnig vera það ljóst.

Dagsetning

Undirskrift