



BELEEGYZŐ NYILATKOZAT A MŰTÉTI ÉRZÉSTELENÍTÉSHEZ

Beteg neve:..... TAJ száma:.....
Születési hely, idő:..... Édesanyja neve:.....
Lakcíme:

A műtétet indokló betegség (magyarul):.....
.....

A tervezett műtéti beavatkozás (magyarul):

Az érzéstelenítésről történt felvilágosítást végző orvos neve:.....

A tervezett érzéstelenítési eljárás (magyarul):

*1. A tervezett műtéti beavatkozásomat megelőzően Dr.felajánlotta a részletes tájékoztatást az érzéstelenítés módjára, kivitelezésre vonatkozóan, de a részletes tájékoztatásra nem tartok igényt.

*2. A betegségemről és az érzéstelenítésről kapott felvilágosítást megértettem. Megértem és tudomásul veszem a kockázatokat. Ezzel kapcsolatban minden kérdésemre kielégítő választ kaptam. Hozzájárulok a műtéti érzéstelenítés felajánlott módjához. Hozzájárulok ahhoz, hogy indokolt esetben azt módosítsák, kiegészítsék.

*a./ Hozzájárulok ahhoz, hogy indokolt esetben vérátömlesztést kapjak.

*b./ Még indokolt esetben sem engedem, hogy vérátömlesztést kapjak. Az ebből eredő összes kockázatot vállalom.

*a megfelelő rész aláhúzendó

Miután a mellékelt tájékoztatónkat elolvasta és tudomásul vette, kérjük, hogy aláírásával járuljon hozzá a műtéti érzéstelenítéshez.

Siklós,

.....
a felvilágosítást végző
aneszteziológus aláírása, P.H.

.....
a beteg/
törvényes képviselőjének aláírása