

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

MŰTÉTI ALTATÁSHOZ ÉS ÉRZÉSTELENÍTÉSHEZ

A beteg neve

TAJ száma:

A műtétet indokoló betegség /BNO:

A tervezett műtéti beavatkozás neve latinul:.....

A tervezett műtéti beavatkozás neve magyarul:.....

Az érzéstelenítésről történő felvilágosítást végző orvos neve:

A műtéti érzéstelenítést végző orvos neve:

A tervezett érzéstelenítési eljárás:.....

Az Ön tervezett műtéti érzéstelenítésének sajátos kockázata, esetleg előforduló szövődményei:

.....

.....

NYILATKOZAT

Az érzéstelenítésről kapott felvilágosítást megértettem, a kockázatokat tudomásul veszem. Ezzel kapcsolatban minden kérdésemre kielégítő választ kaptam. Hozzájárulok a műtéti érzéstelenítés felajánlott módjához. Hozzájárulok ahhoz, hogy indokolt esetben azt módosítsák vagy kiegészítsék, a közben felmerülő egyéb sürgős

beavatkozásokat elvégezzék.

*Hozzájárulok ahhoz, hogy indokolt esetben vérátömlesztést kapjak.

*Még indokolt esetben sem járulok hozzá, hogy vérátömlesztést kapjak. Az ebből eredő minden felelősséget magam viselek.

Budapest, 20

a felvilágosítást végző orvos aláírása

beteg (törvényes képviselő) aláírása

* A kívánt rész aláhúzendó.