

Altatásra, regionális érzéstelenítésre vonatkozó beleegyezési nyilatkozat

Alulírott..... (név).....(lakcím)

vagy sz.ig.sz..... beleegyezem, hogy a tervezett

műtétet / beavatkozást altatásban /regionális érzéstelenítéssel rajtam, vagy általam képviselt
.....-on (TAJ:) elvégezzék.

(A megfelelő aláhúzendó)

- Dr. _____ altatóorvos a mai napon megbeszélte velem a műtéthez/vizsgálathoz szükséges érzéstelenítési eljárást, az esetlegesen előforduló jelentősebb szövődményeket.
- Az érzéstelenítés lényegét megértettem és feltettem minden azzal kapcsolatos kérdésemet, különösen az érzéstelenítéssel kapcsolatos beavatkozások milyenségére, annak előnyeire és hátrányaira, az esetleges kiegészítő kezelésekre (pl.: vérátömlesztés, ún. központi vénabiztosítás, utókezelés), valamint az érzéstelenítéssel kapcsolatos veszélyekre vonatkozóan.
- Hozzájárulok az érzéstelenítéshez szükséges előkészítő és kísérő kezelésekhöz, valamint az azt követő megfigyeléshez, esetleges intenzív terápiás megfigyeléshez, kezeléshez.
- Egyetértek a kezeléseket altatóorvosom által szükségesnek ítélt megváltoztatásával és kibővítésével, az esetleges vérátömlesztéssel.
- A beleegyezés esetén, esetleges korlátozására vonatkozó megjegyzések (pl. bizonyos érzéstelenítési eljárással, vagy beavatkozással kapcsolatban):

Dátum: _____ év _____ hónap _____ nap

a felvilágosítást végző
aneszteziológus orvos aláírása

a kérdőívet kitöltő beteg,
illetve törvényes képviselője,
vagy a nyilatkozattételre jogosult
cselekvőképes személy aláírása