

MŰTÉTI ÉRZÉSTELENÍTÉSRE VONATKOZÓ
SZÜLŐI BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott..... belegezem, hogy a tervezett
műtétet / beavatkozást *altatásban* végezzék el **gyermekemen/gondozottamon:**

..... (TAJ:).

(A megfelelő aláhúzendó)

- Dr. _____ altatóorvos a mai napon megbeszélte velem a műtétemhez/vizsgálatomhoz 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), valamint az érzéstelenítéssel kapcsolatos veszélyekre vonatkozóan.
- Hozzájárulok az érzéstelenítéshez szükséges előkészítő és kísérő kezelésekhöz, valamint az azt követő megfigyeléshez.
- Egyetértek a gyermek kezelésének az altatóorvos által szükségesnek ítélt megváltoztatásával és kibővítésével.
- A beleegyezés esetén, esetleges korlátozására vonatkozó megjegyzések (pl. bizonyos érzéstelenítési eljárással, vagy beavatkozással kapcsolatban):

Dátum: 20 év _____ hónap _____ nap

a felvilágosítást végző
aneszteziológus orvos aláírása

a szülő, vagy a gyermek törvényes
képviselőjének aláírása