

Intézmény neve, címe, érzéstelenítést végző osztály neve, osztályvezető neve

ALTATÁSRA, REGIONÁLIS, HELYI ÉRZÉSTELENÍTÉSRE VONATKOZÓ TÁJÉKOZTATÁSI, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT

Tisztelt Betegünk!

Szíveskedjék a fenti, altatásra, érzéstelenítésre vonatkozó tájékoztatót elolvasni, és az altatóorvos szóbeli tájékoztatását követően az alábbi nyilatkozatot aláírni.

- Dr. _____ altatóorvos a mai napon megbeszélte velem a műtétemhez/vizsgálatomhoz szükséges érzéstelenítési eljárást, az esetlegesen előforduló szövődményeket.
- Az érzéstelenítés lényegét megértettem, és feltettem minden, azzal kapcsolatos kérdésemet, különösen a beavatkozás milyenségére, annak előnyeire és hátrányaira, az esetleges mellékbeavatkozásokra és kiegészítő kezelésekre (pl. gyógyszeres vérnyomáscsökkentés/vérnyomásemelés, folyadék [infúzió] adása a vérpályába, vérátömlesztés, nagy [központi] vénabiztosítás, utókezelés), valamint az érzéstelenítéssel kapcsolatos veszélyekre vonatkozóan.
- Beleegyezem, hogy a tervezett

műtétet/beavatkozást altatásban / (regionális) helyi érzéstelenítéssel végezzék.
(A megfelelő aláhúzendó)

- Hozzájárulok az érzéstelenítéshez szükséges előkészítő és kísérő kezelésekhöz, valamint az azt követő megfigyeléshez, esetleges intenzív terápiás (őrző osztályos) megfigyeléshez.
- Egyetértek a kezeléseket altatóorvosom által szükségesnek ítélt megváltoztatásával és kibővítésével, az esetleges vérátömlesztéssel.
- A beleegyezés esetleges korlátozására vonatkozó megjegyzés (pl. bizonyos érzéstelenítési eljárással vagy mellékbeavatkozással 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