

Beteg neve: @@paciens_neve Születési neve: @@születési_neve
Anyja neve: @@anya_neve
Született: @@pac_szul_hely @@szüldátum
Lakcím: @@áll_irányítószám @@áll_település @@áll_utca_házzám
TAJ száma: @@taj_maskszam

MŰTÉT UTÁNI EPIDURÁLIS FÁJDALOMCSILLAPÍTÁSRA VONATKOZÓ TÁJÉKOZTATÁSI, BELEEGYZÉSI NYILATKOZAT

Tisztelt Betegünk!

Ön egy nagy műtét előtt áll, amely után pár napig erős fájdalmat érezhet. Mi ezért a fájdalomcsillapítás céljából még a műtét előtt, helyi érzéstelenítés után egy vékony műanyag csövet vezetünk be a gerinccsatorna bizonyos csontos rétegébe. A műanyagcső szabad végén át folyamatosan vagy szakaszosan adagolt erős hatású fájdalomcsillapítóval a műtét utáni napokban elviselhető mértékűvé csökkenthető mind a mellkasban, mind a hasban jelentkező fájdalom. A leggyakoribb szövődmények is csekély mértékűek és könnyen kezelhetők (szúrás helyén fájdalom, duzzanat, véralfutás esetleg gyulladás). A műtétemhez szükséges, fent ismertetett fájdalomcsillapítási módszerbe beleegyezem.

Dátum: Salgótarján, @@sys_dátum_hosszú

a felvilágosítást végző
aneszteziológus orvos aláírása

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