

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

**ALTATÁSRA, REGIONÁLIS, HELYI ÉRZÉSTELÉNÍTÉSRE VONATKOZÓ TÁJÉKOZTATÁSI, BELEEGYZÉSI
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 szövődeményeket.
- Az érzéstelenítés lényegét megértettem és feltettem minden azzal kapcsolatos kérdésemet, különösen a beavatkozás milyenségére, annak előnyeire és hátrányaira, az esetleges mellék-beavatkozásokra 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 aláhúzendő*)

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

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*