

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

**ALTATÁSRA, REGIONÁLIS ÉS HELYI ÉRZÉSTELENÍTÉSRE VONATKOZÓ
TÁJÉKOZTATÁSTÓL VALÓ ELTEKINTÉS**

A tervezett műtéti beavatkozásomat megelőzően dr feljánlotta a részletes tájékoztatást az érzéstelenítés módjára, kivitelezésére vonatkozóan, azonban a részletes tájékoztatásra nem tartok igényt.

Salgótarján, @@sys_dátum_hosszú

a felvilágosítást végző
aneszteziológus orvos aláírása

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

1. Tanú aláírása

.....

2. Tanú aláírása

.....