

Egynapos Sebészet

Osztályvezető főorvos: **Dr. Drácz Lajos**

Tel.: 06-95/523-006, Fax: 06-95/523-010

NEAK KÓD: 1803E0201

Altatásra, regionális érzéstelenítésre, helyi érzéstelenítésre vonatkozó tájékoztatási, beleegyezési nyilatkozat

Tisztelt Betegünk!

Szíveskedjék az alábbi altatásra, érzéstelenítésre vonatkozó tájékoztatását követően az alábbi nyilatkozatot aláírni.

1. Én,és az altató/érezéstelenítést végző orvos a mai napon megbeszélte velem a műtétemhez/vizsgálatomhoz szükséges érzéstelenítő eljárást, az esetlegesen előforduló szövődményeket.
2. 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.: gyógyszere vérnyomáscsökkentés/vérnyomásemelés, folyadék (infúzió) adása a vérpályába, vérátömlesztés, nagy (központi) vénabiztosítás, utókezelés), valamint az érzéstelenítéssel kapcsolatos veszélyekre vonatkozóan.
3. Beleegyezem, hogy a tervezett műtétet / beavatkozást

altatásban / regionális / IVRA / iv. narc. / helyi érzéstelenítéssel végezzék.
4. Hozzájárulok az érzéstelenítéshez szükséges előkészítő és kísérő kezelésekhez, valamint az azt követő megfigyeléshez, esetleges intenzív terápiás (őrző osztályos) megfigyeléshez.
5. Egyetértek a kezeléseket altatóorvosom által szükségesnek ítélt megváltoztatásával és kibővítésével.
6. A beleegyezés esetleges korlátozására vonatkozó megjegyzés (pl. bizonyos érzéstelenítési eljárással, vagy mellék-beavatkozással kapcsolatban).

.....
.....
.....
Sárvár, 2020. szeptember 04.

.....
a felvilágosítást végző
aneszteziológus orvos aláírása

.....
a beteg, illetve törvényes
képviselője aláírása