

Szent László Kórház

Cím: 9600 Sárvár, Rákóczi u. 30. Tel: 95/320-011. 95/320-000 Fax: 95/320-010

E-mail: korhaz@korhazsarvar.hu ` www.korhazsarvar.hu

MŰTÉTI BELEEGGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott...../név/...../születési idő/
...../lakcím/
...../eü.szolgáltató/
...../orvos és munkatársai/
..... műtétet elvégezzék.

.....

beleegyezésemet adom, hogy a/eü.szolgáltató/
...../orvos és munkatársai/
..... műtétet elvégezzék.

.....

..... műtétet elvégezzék.

A műtét szükségességéről az esetleges más gyógyítási lehetőségekről a tájékoztatást megkaptam.

A szóban feltett kérdéseimre részletes, kielégítő választ kaptam, amit megértettem.

A kezelőorvos tájékoztatott a beavatkozás várható eredményéről, alábbi kockázatairól és az adott esetben előforduló műtéti szövődményekről:

.....

.....

A fentieket tudomásul véve, önként teszem a műtéti beleegyző nyilatkozatot.

Állapotommal kapcsolatban igénylem - nem igénylem a folyamatos tájékoztatást.

A tájékoztatással kapcsolatos egyéb igényeim:

.....

A kapcsolattartásra vonatkozó igényeim

.....

Sárvár,.....

.....

a beteg/képviselője aláírása

A tájékoztatást a műtét szükségességéről, lényegéről, annak kockázatáról, szövődményeiről megvettem. A beleegyező nyilatkozatot tudomásul vettem

P.H.

Sárvár,.....

.....

kezelőorvos