

Beleegyező nyilatkozat a helyi érzéstelenítéshez

Név: Életkor:

TAJ szám:

A beavatkozást/műtétet indikáló betegség/elváltozás:

.....

A tervezett beavatkozás/műtét:

Helyi érzéstelenítés: a legkisebb megterhelést jelenti az Ön számára. Ezt a beavatkozást/műtétet az operáló orvos végzi. Az érzéstelenítéssel kapcsolatos szóbeli felvilágosító tájékoztatást az ellátó orvostól megkaptam.

A helyi érzéstelenítés szövődményei:

A tervezett beavatkozáshoz/műtétéhez szükséges érzéstelenítő kezelésbe beleegyezem. Kérdéseimre kielégítő választ kaptam.

Nagykőrös,

.....
a felvilágosítást végző orvos

.....
beteg v. törvényes képviselője