

BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT

A beavatkozásról a tájékoztatót elolvastam, az orvos általi szóbeli tájékoztatást megértettem, valamennyi kérdésemre választ kaptam. **A beavatkozás elvégzésébe beleegyezem, kérem annak elvégzését.**

Diagnosis: combnyaktörés

Javasolt gyógy mód: általános érzéstelenítésben fedett repositio, kanülált csavaros ostesynthesis

Szövődmény lehetőség: általános műtéti szövődmények, sebgyógyulási zavar, mely akár további műtétet tehet szükségessé, Mechanikai szövődmények, melyek esetleg szintén további műtéti beavatkozást tehetnek indokolttá.

Választható gyógy mód: Extensios kezelés 6 hétig,

Döntésem meghozatalához elégséges idő állt rendelkezésemre, a felmerült egyéb kérdésekre szóban kielégítő választ kaptam.

Keszthely,

Tájékoztatót végző orvos: (olvasható aláírás)

.....

.....

beteg olvasható aláírása

Beteg neve:

Születési helye ideje:

Lakcíme:

.....

vagy a törvényes képviselő aláírása (1)

Törv. képvis. neve:

Születési helye, ideje:

Lakcíme:

(1) cselekvőképzetlenség, vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett CSAK a törvényes képviselő írhatja alá!

A kezelőorvos részletes felvilágosítása – mely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló következményeket is tartalmazta – ellenére a beavatkozás elvégzéséhez **nem járulok hozzá, az ellátást visszautasítom.**

Keszthely,

Tájékoztatót végző orvos: (olvasható aláírás)

.....

.....

beteg olvasható aláírása

Beteg neve:

Születési helye ideje:

Lakcíme:

.....

vagy a törvényes képviselő aláírása (1)

Törv. képvis. neve:

Születési helye, ideje:

Lakcíme:

(1) cselekvőképesség, vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett CSAK a törvényes képviselő írhatja alá!

.....

(1) Tanu aláírása

.....

(2) Tanu aláírása

(1) Tanu neve:
Lakcíme:

(2) Tanu neve:
Lakcíme: