

AKTOSZTALYNEVE;

Osztályvezető főorvos:

OEP KÓD:

Tel.:

Műtéti beleegyező nyilatkozat

Beleegyezésemet adom, hogy Városi Kórház Keszthely, Szülészeti-nőgyógyászati Osztályának orvosai rajtam

.....; (TAJ:, születési idő:)
ill.gondozottamon.....

a..... tervezett műtéti beavatkozást végrehajtsák.

Felhatalmazom az operáló orvost, hogy a műtét során előforduló, előre nem látható lelet, vagy esemény miatt a szükségessé váló kiegészítő műtéti beavatkozást elvégezze.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt, vagy gyógytartamot kedvezőtlenül befolyásolják.

A nálam tervezett beavatkozásról a tájékoztatót meghallgattam, az orvos általi szóbeli, a műtétre speciálisan vonatkozó írásbeli tájékoztatót megértettem, valamennyi kérdésemre választ kaptam, további felvilágosításra nem tartok igényt. A beavatkozás elvégzésébe beleegyezem, ezúton kérem annak elvégzését.

Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

a., Az alábbi megnevezett hozzátartozómat betegségemről teljeskörűen tájékoztassák:

.....
.....
.....

b., Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat betegségemről kérésükre se tájékoztassák:

.....
.....
.....

Keszthely,

.....
felvilágosítást végző orvos

.....
a beteg, vagy törvényes
képviselője