



Amennyiben a részletes orvosi felvilágosítás ellenére a műtétet, beavatkozást, illetve kezelést elutasítom, annak következményeiért a felelősséget átvállalom, azokat az orvosokat, akiktől a javasolt orvosi beavatkozást nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. Ebből eredően velük, illetve az intézménnyel szemben semminemű igényt nem támasztok.

Kijelentem, hogy önellátó vagyok, lakás és higiénés körülményeim a műtét utáni gondozásra megfelelőek, tartózkodási helyem az ellátó egészségügyi intézménytől 30 perc alatt gépkocsival elérhető, és e helyen telefon számomra biztosított. Hazaszállításomkor, és a tartózkodási helyemen a műtétet követően felügyelet biztosított, valamint szükség esetén megoldott a megfelelő egészségügyi intézményhez való szállításom is. Hozzájárulok, hogy a fentiekben megnevezett műtétet, beavatkozást egynapos sebészet keretében végezzék el.

Komló, #!AKTDATUM;

.....
#!KEZORVPROP(3); #!KEZORVPROP(1);
a tájékoztató orvos aláírása

.....
a beteg, törvényes képviselő,
vagy a meghatalmazott hozzátartozó aláírása



I. SÜRGŐSSÉG ORVOSI IGAZOLÁSA

A betegtől, vagy illetékes személytől hozzájárulás elnyerése miatti késedelem a beteg életét vagy egészségét veszélyezteti, úgy ítéljük meg, hogy **SÜRGŐSSÉGI MŰTÉT SZÜKSÉGES**.

#!KORHCIMVAROS;, #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

.....
#!KEZORVPROP(3); #!KEZORVPROP(1);

#!KEZORVPROP(4); (#!KEZORVPROP(2));

1. orvos aláírása

.....
#!KEZORVPROP(3); #!KEZORVPROP(1);

#!KEZORVPROP(4); (#!KEZORVPROP(2));

2. orvos aláírása

II. AMBULÁNS BEAVATKOZÁS ÁLTALÁNOS ÉRZÉSTELENÍTÉSBE

Ambuláns beavatkozás esetén közlöm az orvossal, amennyiben az utolsó hat órában a beavatkozás előtt ettem vagy ittam. Tudomásul vettem, hogy a beavatkozás befejezése után még nem tanácsos egyedül közlekednem, ezért kíséret nélkül nem vállalkozom a hazamenetelre. Megértettem, hogy az érzéstelenítés utóhatásai miatt legkorábban 24 óra múlva szabad aktívan utcai forgalomban részt vennem, autót vezetnem, gépen dolgoznom, netán szeszes italt fogyasztanom.

#!KORHCIMVAROS;, #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

.....
a beteg, törvényes képviselő,
vagy a meghatalmazott hozzátartozó aláírása

III. MŰTÉT, BEAVATKOZÁS, KEZELÉS MEGTAGADÁSA

A fenti tájékoztatás ismeretében az alábbi műtét, beavatkozás, illetve kezelés elvégzésébe nem egyezem bele:

#!KORHCIMVAROS;, #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

.....
a beteg, törvényes képviselő,
vagy a meghatalmazott hozzátartozó aláírása

.....
1. tanú aláírása

.....
2. tanú aláírása

