





***javasolt orvosi beavatkozást nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. Ebből eredően velük, illetve az intézménnyel szemben semminemű igényt nem támasztok.***

**Kijelentem, hogy önálló 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 késelem 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 ÉRZÉSTELENÍTÉSBN

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

