

Beleegyező nyilatkozat endoszkópos altatásos vizsgálat elvégzéséhez

Alulírott:Szül.év, hely:.....

Lakcím:.....

Kérem, hogy a tervezett endoszkópos beavatkozás általános érzéstelenítését (altatás), a Szundizz Velünk Kft. aneszteziológus szakorvosa és aneszteziológus szakasszisztense rajtam elvégezze.

Kijelentem, hogy a feltett kérdésekre a valóságnak megfelelően válaszoltam, eltitkolt betegségem, káros szenvedélyem nincs.

Tudomásul veszem, hogy az esetlegesen eltitkolt információk miatt szövődmények léphetnek fel, amelyek akár az életemet is veszélyeztethetik.

Megértettem és elfogadom, hogy az altatással kapcsolatban a legnagyobb gondosság és szakmai hozzáértés mellett is előfordulhatnak mellékhatások, szövődmények.

A kellő, szakszerű tájékoztatást és a kérdéseimre a válaszokat írásban és szóban is megkaptam. Az altatással kapcsolatos követelményeket elfogadom és azokkal mindenben egyet értek.

Az általános érzéstelenítést szabad akaratomból kértem orvosommal konzultálva, arra semmilyen más módon nem vettem rá.

Páciens:..... Altató orvos:.....

Dátum:.....