

Intézmény neve, címe, érzéstelenítést végző osztály neve, osztályvezető neve

ALTATÁSRA, REGIONÁLIS ÉS HELYI ÉRZÉSTELENÍTÉSRE VONATKOZÓ TÁJÉKOZTATÁSTÓL VALÓ ELTEKINTÉS

A tervezett műtéti beavatkozásomat megelőzően dr. feljánlotta a részletes tájékoztatást az érzéstelenítés módjára, kivitelezésére vonatkozóan, azonban attól jelenleg és az elkövetkezőkben elzárkózom.

Tudomásul veszem, hogyha az ellátásom során az altató-, intenzív terápiás orvos feltétlenül szükségesnek tartja a részletes tájékoztatást, azt elfogadom.

Dátum: _____ év _____ hónap _____ nap

a felvilágosítást végző
aneszteziológus orvos aláírása

a kérdőívet kitöltő beteg,
illetve törvényes képviselője
vagy a nyilatkozattételre jogosult
cselekvőképes személy aláírása

