

**ALTATÁSRA, REGIONÁLIS, HELYI ÉRZÉSTELÉNÍTÉSRE VONATKOZÓ
TÁJÉKOZTATÁSI, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT**

- Dr. _____ altatóorvos a mai napon megbeszélte velem a műtétemhez/ vizsgálatomhoz szükséges érzéstelenítési eljárást, az esetlegesen előforduló szövődményeket. Az érzéstelenítés lényegét megértettem és feltettem minden azzal kapcsolatos kérdésemet, különösen a beavatkozás milyenségére, annak előnyeire és hátrányaira, az esetleges mellék-beavatkozásokra és kiegészítő kezelésekre (pl.: gyógyszeres vérnyomáscsökkentés/ vérnyomásemelés, folyadék (infúzió) adása a vérpályába, vérátömlesztés, nagy (központi) vénabiztosítás, utókezelés), valamint az érzéstelenítéssel kapcsolatos veszélyekre vonatkozóan.
- Beleegyezem, hogy a tervezett **műtétet / beavatkozást altatásban /regionális/ helyi érzéstelenítéssel** végezzék. (A megfelelő aláhúzendő)
- Hozzájárulok az érzéstelenítéshez szükséges előkészítő és kísérő kezelésekhez, valamint az azt követő megfigyeléshez, esetleges intenzív terápiás (őrző osztályos) megfigyeléshez. Egyetértek a kezelések altatóorvosom által szükségesnek ítélt megváltoztatásával és kibővítésével, az esetleges vérátömlesztéssel.
- A beleegyezés esetleges korlátozására vonatkozó megjegyzés (pl. bizonyos érzéstelenítési eljárással, vagy mellék-beavatkozással kapcsolatban).

**UTASÍTÁSOK AZ ALTATOTT JÁRÓBETEGEK KÓRHÁZBÓL VALÓ TÁVOZÁSA
UTÁNI IDŐSZAKRA.**

Kérjük, hogy amennyiben a műtéti érzéstelenítésére járóbetegként kerül sor, saját és mások biztonsága érdekében a kórházból való távozást követő első 24 órában tartsa be az alábbi utasításokat:

- ⇒ Altatás után csak felelős felnőtt kíséretével menjen haza!
- ⇒ Géppel, balesetveszélyes háztartási készülékkel ne dolgozzon!
- ⇒ Kerüljön minden egyensúlyérzékelt kívánó helyet, helyzetet, eszközt!
- ⇒ Hivatalos iratot ne írjon alá, szerződést ne kössön!
- ⇒ Gépjárművet ne vezessen!
- ⇒ Szeszes italt ne fogyasszon, ne dohányozzék!

Amennyiben hazabocsátása után probléma adódna, és aneszteziológus segítségére van szüksége, úgy az alábbi telefonon lehet elérni a szolgálatot teljesítő aneszteziológus, intenzív terápiás orvosunkat: +36-46/555-666/1065.

Dátum: _____ év _____ hónap _____ nap

a beteg,
illetve törvényes képviselője,
vagy a nyilatkozattételre jogosult
cselekvőképese személy aláírása

a felvilágosítást végző
aneszteziológus orvos aláírása