



3060 Pásztó
Simmelweis u. 15-17.
Főigazgató: Dr. Boczek Tibor
Tel.: 32/561-000 Fax.:32/460-404
E-mail: titkarsag@pkorhaz.hu
www.pkorhaz.hu



Invazív beavatkozási lap

Alulírott tudomásul veszem, hogy rajtam a következő invazív beavatkozást elvégezzék.

TAJ:.....

Születési dátum:.....

Kijelentem, hogy dr tájékoztatott az invazív beavatkozás természetéről és céljáról, a várható előnyökről és a beavatkozással járó kockázatról, a kötelező elővigyázatosság ellenére esetlegesen fellépő szövődmények lehetőségéről, valamint a betegségem kezelésének egyéb lehetséges módozatairól az orvostól megfelelő tájékoztatást kaptam.. Tudomásul veszem, hogy az invazív beavatkozás elvégzése esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények. A leggyakrabban előforduló szövődményei a tudomány mai állása szerint a következők lehetnek :

.....

Egyetértek az invazív beavatkozás azon változtatásaival, amelyek a műtét alatt kényszerhelyzetben adódhatnak.

Dátum:

.....

.....

az invazív beavatkozást végző orvos aláírása

beteg aláírása

A beteg (cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes személy esetén a nyilatkozattételre jogosult személy)

aláírása:.....

Cselekvőképes, de írásképtelen beteg fenti közlésének tanúi:

név, lakcím

név, lakcím