



3060 Pásztó
Semmelweis 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 kockázatokról, a kötelező elővigyázatosság ellenére esetlegesen fellépő szövődmények lehetőségéről, valamint a betegségem kezelésének egyéb lehetséges módzatairól 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:

.....

Egyetértetek 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 cselekvőképessé személy esetén a nyilatkozattételre jogosult személy) aláírása:

Cselekvőképessé, de írásképtelen beteg fenti közlésének tanúi:

Név, lakcím

Név, lakcím