



Dombóvári Szent Lukács Kórház  
7200 Dombóvár, Kórház u.39-41.  
Tel: 74/564-000 Fax: 74/564-014  
E-mail: www.dszlito@gmail.com  
**Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály**  
**Tel.:74/564023**

## BELEEGYZÉS MŰTÉTI ÉRZÉSTELENÍTÉSBE

Beteg neve: ....., szül. idő:.....

Lakcím: .....

A műtéti beavatkozáshoz, illetve az általam törvényesen képviselt .....  
nevű személy számára az altatóorvos .....megnevezésű aneszteziológiai  
beavatkozást javasolt.

A mellékelt tájékoztató alapján az érzéstelenítés lényegét megértettem, és feltettem minden azzal kapcsolatos  
kérdésemet, különösen a beavatkozás milyenségére, annak előnyeire és hátrányaira, az esetlegesen szükségessé  
váló beavatkozásokra és kiegészítő kezelésekre (pl. gyógyszeres vérnyomáscsökkentés/vérnyomásemelés,  
folyadék /infúzió/ adása a vérpályába, vérátömlesztés, nagy /központi/ vénabiztosítás, utókezelés), valamint az  
érezéstelenítéssel kapcsolatos veszélyekre vonatkozóan.

Hozzájárulok az érzéstelenítéshez szükséges előkészítő és kísérő kezelésekhöz, valamint az azt követő  
megfigyeléshez, esetleges intenzív terápiás (őrző osztályos) megfigyeléshez.

1. A fentiek értelmében a beavatkozás elvégzésébe **beleegyezem**.

A beleegyezés esetleges korlátozására vonatkozó megjegyzés (pl. bizonyos érzéstelenítési eljárással vagy mellék  
beavatkozással kapcsolatban).....

Felvilágosítást kaptam arról, hogy a műtét után csak az orvos által meghatározott időben és kizárólag kísérővel  
hagyhatom el az intézményt. A következő 12 órában járművet nem vezethetek, szerződést nem írhatok alá,  
munkát nem végezhetek. Amennyiben a fentieket nem tartom be, a jogi és egyéb következményeket vállalom, az  
intézményt semmilyen felelősség nem terheli.

Dombóvár, 20.....

.....  
Beteg/törvényes képviselő aláírása

.....  
Aneszteziológus orvos aláírása és pecsétje

2. A kezelőorvos részletes felvilágosítása –mely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló  
szövődményeket is tartalmazta – ellenére a beavatkozás elvégzését **megtagadom**. Tudatában vagyok,  
hogy ennek következtében fellépő bármilyen szövődmény esetén a felelősség engem terhel.

Dombóvár, 20.....

.....  
Beteg/törvényes képviselő aláírása

.....  
Aneszteziológus orvos aláírása és pecsétje

Tanúk: .....

.....

.....

.....