



FELVILÁGOSÍTÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Tonsillectomia végzésére (a szájpadli mandulák eltávolítása)

Alulírott.....(név)
.....(szül. idő) tanúsítom, hogy engem Dr.
.....felvilágosított az alábbiakról:

Az eljárás célja: A szervezet megkímélése a beteg mandulák gócszerepétől.

Az eljárás menete: Altatásban, vagy helyi érzéstelenítésben eltávolítjuk a test számára már haszontalan, károsra vált nyirokszerveket, majd gondosan vérzést csillapítunk.

Operáció után néha utóvérzéssel, csaknem mindig jelentős, elhúzódó sebfájdalommal, nyelési nehézséggel kell számolni.

Felkérem kezelőorvosomat, aki kielégítően felvilágosított betegségem természetéről, a tervezett operáció mibenlétéről, a reálisan szóbajöhető szövődményekről, hogy a fent részletezett beavatkozást végezze el rajtam.

Kelt: Vác,

.....
a beteg v. törvényes képviselőjének aláírása

.....
TAJ száma

.....
lakcíme

.....
műtétet végző orvos aláírása