



FELVILÁGOSÍTÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Adenotomia végzésére (az orrgarati mandulák eltávolítása)

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

Az eljárás célja: Az orrlégzés javítása, a fülkürtműködés felszabadítása, melléküreggyulladások elkerülése.

Az eljárás menete: Altatásban vagy helyi érzéstelenítésben eltávolítjuk az orrgaratot eltorlaszoló, gyermekkorban már értéktelen nyirokszerveket, majd gondosan vérzést csillapítunk.

Operáció után elvértve utóvérzéssel, némi átmeneti fájdalommal lehet 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