



Szundizz Velünk

Mobil Aneszteziológiai és Tanácsadó Kft.

www.mobilaltatas.hu

Einwilligung für die Narkose in der Zahnbehandlung

Name: _____ Geburtsjahr, Geburtsort: _____

Wohnort: _____

Ich möchte, dass die allgemeine Betäubung (Narkose) für meine Zahnbehandlung durch den anästhesiologischen Fachpersonal und den Fachassistent(in) von Szundizz Velünk Kft. durchgeführt wird.

Ich bestätige, dass ich die Fragen der Wahrheit entsprechend beantwortet habe, ich habe weder verschwiegene Krankheiten noch schädliche Gewohnheiten.

Mir ist bewusst, dass mögliche verschwiegene Informationen Komplikationen verursachen können die sogar lebensbedrohlich sein können.

Ich habe verstanden und mir ist bewusst, dass in der Narkose trotz aller Vorsichtsmaßnahmen und Fachwissen Nebenwirkungen und Komplikationen auftreten können.

Ich habe alle Fachinformationen und Antworten auf meine Fragen wörtlich und schriftlich bekommen. Ich bin mit den Anforderungen der Narkose einverstanden.

Ich habe mich zur allgemeiner Betäubung mit Rücksprache meines Arztes freiwillig entschlossen, niemand hat mich dazu gezwungen.

Ich bestätige, dass ich zur Registrierung und Verwaltung meiner persönlichen Angaben, die auf meinem heute ausgefüllten Sedationsfragebogen stehen, beitrage.

Patient: _____ Anästhesiologe: _____

Datum: _____

Träum mal, wir arbeiten.