



Szundizz Velünk

Mobil Aneszteziológiai és Tanácsadó Kft.

www.mobilaltatas.hu

Beleegyező nyilatkozat: fogászati altatás elvégzése

Alulírott: _____

Születési dátum/hely: _____

Lakcím: _____

Kérem, hogy a tervezett fogászati vizsgálat általános érzéstelenítését (altatás), a Szundizz Velünk Kft. aneszteziológus szakorvosa és aneszteziológus szakasszisztense rajtam elvégezze.

Kijelentem, hogy az általam megadott adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy az esetlegesen eltitkolt információk miatt szövődmények léphetnek fel, amelyek akár az életemet is veszélyeztethetik.

Megértettem és elfogadom, hogy az altatással kapcsolatban a legnagyobb gondosság és szakmai hozzáértés mellett is előfordulhatnak nem várt mellékhatások, szövődmények.

A kellő mértékű, szakszerű tájékoztatást-, valamint a kérdéseimre a válaszokat írásban és szóban egyaránt megkaptam. Az altatással kapcsolatos követelményeket elfogadom, és azokkal maradéktalanul egyet értek.

Kijelentem, hogy az általános érzéstelenítést szabad akaratomból kértem orvosommal konzultálva, döntésemet semmilyen külső tényező nem befolyásolja.

Nyilatkozom, hogy a mai napon kitöltött altatási dokumentumokon szereplő személyes adataim altatással összefüggő nyilvántartásához és kezeléséhez hozzájárulok.

Páciens: _____

Altatóorvos: _____

Dátum: _____

Álmodj csak, mi dolgozunk.