

Vizsgálati lap ambuláns sebészeti műtétekhez
(Jegyzőkönyv a vizsgálatról, és az azt követő megbeszélésről)

Nyilvántartási szám:

Név:

Születési dátum:

Anyja neve:

Előzmények, jelen panaszok:

Vizsgálat:

Betegség diagnózisa:

Műtét fajtája:

Műtéti díj:

Szövetteni vizsgálat díja:

Érzéstelenítés módja:

Fájdalommentes érzéstelenítés díja:

Műtét időpontja:

Műtét időtartama:

Tájékoztatás: Kapcsolattartás az operáló orvossal éjjel - nappal a műtétet követően biztosított.

Lehetséges szövődmények:

A vizsgálat előtt az írásos betegtájékoztatót elolvastam, a felmerült kérdéseimre választ kaptam.

A vizsgálatot követő konzultáció és részletes szóbeli felvilágosítás megtörtént.

Helyi érzéstelenítést választom.

Fájdalommentes érzéstelenítést választom

Altatást választom

.....
felvilágosítást adó orvos

.....
résztevő szakasszisztens

.....
beteg, vagy törvényes képviselő

Budapest,

Adminisztrátor: