

**BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
TRACHEOSTOMIÁHOZ**

Alulírott _____ (hozzátartozó neve) beleegyezem, hogy
_____ (szül.: _____. __. __., an.: _____)
a további kezeléséhez szükséges légcsőmetszést (tracheostomiát) elvégezzék. Ezen nyilatkozattal hozzájárulok a műtéthez, és az ahhoz szükséges altatáshoz is. A beavatkozás szükségességéről, lehetséges komplikációkról, szövődményekről teljes körű tájékoztatást kaptam, további megválaszolatlan kérdésem nincs.

aláírás

Budapest, 20___. _____

Felvilágosító orvos:

Tanú 1.

Tanú 2.
