



**OralStudio** Fogászati és Szájsebészeti Szakorvosi Ambulancia  
Dentistry, Oral & Maxillofacial Surgery – Zahnheilkunde, Kiefer-, und Gesichtschirurgie  
H-1126 Budapest, Böszörményi u. 2. Tel: (+36 1) 224 7920 Fax: (+ 36 1) 224 7929  
Email: [info@oralstudio.hu](mailto:info@oralstudio.hu)

Dr Huszák András szájsebész szakorvos, ügyvezető

## Műtéti beleegyező nyilatkozat

Beteg neve:

Születési idő:

Lakcím:

TAJ szám:

Diagnózis:

Tervezett műtét:

Alulírott nyilatkozom, hogy Dr .....-tól részletes orvosi felvilágosítást kaptam, azt megértettem a tervezett műtétemmel kapcsolatban.

Tudomásom van a műtét lehetséges szövődményéről:.....

.....  
és a műtét elmaradásából származó következményekről, valamint a műtétet követő szokásos utóhatásokról.

Kérem a műtét elvégzését, vállalom, hogy a megbeszélte kontroll vizsgálatokon megjelenek, az orvosi utasításokat betartom.

Dátum:

Pacienst aláírása: