



LANDSPÍTALI  
UNIVERSITETSHOSPITAL

## Informeret samtykke til en operation fra patienten

Dato for operation:

Persónuupplýsingar á limmiðaða:

### Undertegnede

(Navn)

(Íslandsk personnr.)

(Adresse)

### Giver mit samtykke til at

Lægens navn

(Udfører operationen)

Med min underskrift bekræfter jeg at man har givet mig information om ovennævnte operation, dens formål, risici ved den og mulige følgesygdomme. Det står mig klart at der ved operationen anvendes bedøvelse og/eller lokalbedøvelse, og man har redegjort for mig om karakteren deraf og risici derved, og ligeledes følgesygdomme. Jeg bekræfter at jeg forstår ovennævnte oplysninger.

Det står mig endvidere klart at der kan opstå uforudsete problemer under operationen, og jeg giver mit samtykke til at man behandler dem efter behov, for så vidt noget sådant sker på en velfunderet og kritisk måde. Jeg giver desuden mit samtykke til at man i udtagelses- og/eller nødstilfælde tilkalder en anden læge til at udføre operationen.

Denne erklæring begrænser på ingen måde min ret til sagsanlæg i tilfælde af at der sker uforudsete ting eller begås fejl, og dette skal også stå behandlerne klart.

Dato .....

Underskrift .....