

Beleegyező nyilatkozat
Aktív osztályon történő ellátásba

Törzsszám: {TORZSSZAM}

Onkológiai szám:

Alulírott {LEANYNEV}, TAJ szám: {ORVOS_BEOSZT}, Születési idő: {VAROS}, Anyja neve: {CIM}

Lakcím: {CIM} {CIM}, {CIM} tanúsítom, hogy engem kezelőorvosom,
Dr. teljes körűen felvilágosított az alábbiakról:

1. A kivizsgálásom / kezelése alapjául szolgáló betegségről, tünet-együttesről, amely kórisme szerint (magyarul is):

.....
Tudomásul veszem, hogy betegsége(i)m pontos kórisméje ismert - nem ismert

*2. A javasolt gyógymódról/beavatkozásról (vizsgálat, kezelés, műtét), amely (magyarul is):/*A megfelelő rész bekarikázandó./

- 2.1. Vérvétel(ek) után vérből történő laboratóriumi vizsgálatok
- 2.2. Testnedvekből (széklet, vizelet, stb.) történő laboratóriumi vizsgálatok
- 2.3. Röntgen vizsgálatok, CT (számítógépes rétegvizsgálat), MRI (mágneses rezonanciás vizsgálat), ultrahang vizsgálat
- 2.4. MŰTÉT / invazív beavatkozás: a.) "Külső" sugárkezelés (telecobaltbesugárzás vagy röntgenbesugárzás)

b.) "Testüregi" sugárkezelés (manuális vagy after-loading intracavitalis sugárkezelés)

c.) Daganatellenes, citosztatikus gyógyszeres kezelés (cytostatikus chemot-terápia)

d.) Egyéb gyógyszeres (pl.: hormon-, immun-, fájdalomcsillapító kezelés)

és annak kockázatairól/szövődményeiről és ezek bekövetkezési gyakoriságáról:

- a.) "Külső" sugárkezelés: a besugárzott testtájéktól, valamint besugárzási technikától függően bőr és nyálkahártya elváltozások, besugárzás általános hatásai, vérképelváltozások. Tájékoztatót kaptam a besugárzás ideje előtt javasolt életmódról, bőrápolásról, bőrvédelemről, nyálkahártya védelemről (alkoholfogyasztás, dohányzás kerülése), hygienes rendszabályokról.
- b.) "Testüregi" sugárkezelés: Végbél, ill. húgyhólyag sugárterhelés következményei: székelési, vizelet zavarok.
- c.) A citosztatikus kezelést az alkalmazott gyógyszerek fajtáitól, mennyiségétől függően számos mellékhatás kísérheti. Az esetben alkalmazott kezeléstől a következő mellékhatások fordulhatnak elő (az alábbi listából nem kihúzott mellékhatások)
- hányinger, hányás, étvágytalanság, hajhullás

- szájnyálkahártya-, bélnyálkahártya-károsodás, következményes égő érzés a szájüregben, hasmenés, rossz közérzet, gyengeség,
- vérképzőszervi elváltozások (fehérvérsejtszám, vörösvérsejtszám, vérlemezkeszám csökkenése) következményes immunvédekezési zavarok, fertőzésekre fokozott hajlam;
- egyéb, ritkábban előforduló szervkárosodások: vese-, szívizom-, tüdő-, ideg-, máj-, bőr-, egyéb-, úgy mint károsodás.

d.) Egyéb gyógyszeres kezelés: Fennálló kísérő betegségeimtől, valamint az alkalmazott gyógyszerek fajtáitól, mennyiségétől függően a kezelést mellékhatások kísérhetik. Az esetben alkalmazott kezeléstől a következő mellékhatások fordulhatnak elő (az alábbi listából nem kihúzott mellékhatások)

Hormonkezelés: hőhullámok, szexuális funkciózavarok, hangulatlabilitás, trombózis-veszély, vérnyomásingadozás, szénhidrátanyagcserezavar
Immunkelés: influenza-szerű tünetek, láz, fejfájás, gyengeség, étvágytalanság
Fájdalomcsillapító kezelés: gyomorpanaszok, szorulás, aluszékonyosság

és annak lehetséges előnyeiről:

.....
és az elmaradás lehetséges kockázatairól, és ezek lehetséges bekövetkezési gyakoriságáról:

.....
és a helyette alkalmazható gyógymódról, mint:

.....
valamint azok ismert kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről. Kijelentem, hogy a beavatkozás tervezett időpontjáról, annak folyamatáról valamint várható kimeneteléről tájékoztatást kaptam, továbbá szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre, hogy szabadon és kényszermentesen döntssek arról,

hogy milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom köteles engem folyamatosan állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

3. Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak az alábbi előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt és gyógytartamot kedvezőtlenül befolyásolhatják (a beteg aláírása előtt az orvos tölti ki):

4. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozások bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás miatt bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért, azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

A kezelésbe (műtétbe) való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam az alábbi kezelést/beavatkozást elvégezzék:

a.) "Külső" sugárkezelés (telecobaltbesugárzás vagy röntgenbesugárzás)

b.) "Testüregi" sugárkezelés (manuális vagy after-loading intracavitalis sugárkezelés)

c.) Daganatellenes, citosztatikus gyógyszeres kezelés (cytostatikus chemot-terápia)

d.) Egyéb gyógyszeres (pl.: hormon-, immun-, fájdalomcsillapító kezelés)

5. Tudomásom van arról, hogy az intézetben egészségügyi személyzet (orvostanhallgatók, egészségügyi szakdolgozók) képzése is folyik, akiket orvosi titoktartás kötelez.

*6. Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

a.) Teljeskörű tájékoztatást kapjon betegségemről, annak várható kimeneteléről:

Az ápolási dokumentációban megnevezett hozzátartozó vagy megnevezett egyéb személy.

b.) Részleges tájékoztatást kapjon betegségemről, annak várható kimeneteléről:

Az ápolási dokumentációban megnevezett hozzátartozó vagy megnevezett egyéb személy.

A tájékoztatás az alábbiakra terjedjen ki:

c.) Megtiltom, hogy a kórházban tartózkodásomról, illetve a kapott kezelésemről bárki számára tájékoztatást adjanak, kivéve, ha ezt törvényi előírások kötelezővé teszik.

* A megfelelő rész bekarikázandó

A kapott írásbeli és szóbeli tájékoztatást megértettem, feltett kérdéseimre kielégítő választ kaptam, a beleegyező nyilatkozattal kapcsolatban további kérdésem nincs. Az intézet írásos házirendjét megismertem, az abban foglaltakat elfogadom.

Mosonmagyaróvár, {FEKVTERKAT}

.....
a tájékoztató orvos aláírása

.....
a beteg (törvényes képviselő) aláírása

Amennyiben Ön betegségéről, különösen annak daganatos természetéről nem kíván részletes felvilágosítást kapni, úgy az alábbi nyilatkozatot kézirásával megismételten leírva - aláírásával erősítse meg. (E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondása érvénytelen.)
"Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. A döntéseket a kezelőorvosaimra bízom. "

.....
.....
.....
Mosonmagyaróvár, {TODAY}

.....
a beteg (törvényes képviselő) aláírása

.....
1. tanú

.....
2. tanú

A betegnélmiatt fennáll a sürgősségi állapot, a beteg egészségi állapota következtében belegeyező nyilatkozat megtételére nem képes a törvényben meghatározott személyek nyilatkozatának beszerzése késedelemmel járna. Így a beteg beavatkozásokba történő belegeyezését az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. Tv. 17. § (1) bekezdése értelmében vélelmezni kell, mivel a sürgős szükség elve alapján azonnali ellátás hiányában közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.

Mosonmagyaróvár, {TODAY}

.....
1. orvos

.....
2. orvos