

Nyilatkozattételre jogosult személy beleegyező nyilatkozata*

Alulírott,(születési hely:....., születési idő:.....) kijelentem, hogy tudomásom van arról, hogy #!NEV; (születési hely: #!BSZULHELY; születési idő: #!SZULIDO;) betegnél állapotot meg a kezelőorvosa, (kezelőorvos neve: #!KEZORVPROP(1);, pecsétszáma: #!KEZORVPROP(2);, szakorvosi képesítése:....., egészségügyi szolgáltató megnevezése #!KORHNEV; #!APOSZTNEV;).

A Kezelőorvos széleskörűen tájékoztatott arról, hogy

- I. a fent megnevezett beteg betegségére kezelésre rendelkező áll a nevű gyógyszer, aminek a felírása azonban indikáción túli gyógyszerrendelésnek minősül tekintettel arra, hogy a nevű gyógyszer alkalmazási előírásában foglaltaktól eltérően szerepel a/az (így például: javallat, életkor, adagolás módja, alkalmazás módja),
- II. mit jelent az indikáción túli gyógyszerrendelés,
- III. a rendelkezésre álló szakirodalmi adatok alapján milyen előnye és terápiás haszna lehet a nevű gyógyszerrel indikáción túl történő kezelésnek,
- IV. a gyógyszer indikáción túli alkalmazása milyen kockázatokkal, következményekkel, mellékhatásokkal járhat.

A kezelőorvos a beteget is megfelelően tájékoztatta - értelmi szintjétől függően - számára érthető módon a fentiekről.

A fenti tájékoztatást követően – az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet engedélye esetére - önként, befolyástól mentesen hozzájárulok fent megnevezett beteg a nevű gyógyszer indikáción kívüli alkalmazásához. Tudomásul vettem, hogy hozzájárulásomat bármikor, szóban vagy írásban, indokolás nélkül visszavonhatom.

.....
Nyilatkozattételre jogosult személy neve és a beteggel való kapcsolata

.....
Nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

#!AKTDATUMHONAPNEVVVEL;
Dátum

#!KEZORVPROP(1);
Kezelőorvos neve

.....
Kezelőorvos aláírása

#!AKTDATUMHONAPNEVVVEL;
Dátum

*1997. évi CLIV. törvény 16. § (2) bekezdése szerinti nyilatkozattételre jogosult személy