

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT TARTÓS ALTATÁSHOZ

Alulírott (szül. idő.:.....)
kezelőorvosomtól tartós altatást kérek, hogy betegségem számomra nehezen elviselhető,
kiszolgáltatott időszakát ne kelljen ép ésszel végigélnem. Tanúsítom, hogy engem
kezelőorvosom, kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1) A betegségről, mely kórisme szerint:

.....

- 2) Tudomásom van arról, hogy további aktív onkológiai kezelést részemre nem tudnak felkínálni, helyette elsődlegesen gondos ápolást, tüneteim megfelelő csökkentését, életminőségem megőrzését célzó tüneti (palliatív) kezelési módokat javasolnak, melynek legideálisabb helyeként az Hospice Osztályt ajánlják.
- 3) Tudomásom van arról a tényről, hogy állapotomban gyógyulást, illetve további, számomra értékelhető javulást ígérni nem tudnak, és várható életkilátásaim rövidek.
- 4) Megértettem, hogy az általam kívánt tartós altatás során - az altatás mélységétől függően - esetleg nem lesz lehetőségem kapcsolatot tartani hozzátartozóimmal, barátaimmal, illetve a kezelésemet végző személyezettel. Velük minden számomra fontos kérdést megbeszéltem, minden, számomra fontos rendelkezésemet feléjük megtettem.
- 5) Az altatásom során olyan gyógyszerek alkalmazására fog sor kerülni, injekció, kúp, tapasz, esetleg cseppek formájában, melyek gondolkodásomat, ítélőképességemet befolyásolják.
- 6) Kérésem lényegi részét képezi, hogy nem kívánom betegségem hátralévő időtartamát megnyújtani, így élethosszabbító gyógyszerek (antibiotikumok, véralvadásgátló, a szív erejét fokozó, illetve működését szabályozó) gyógyszerek alkalmazásának felfüggesztésére kerül sor.
- 7) Fájdalomcsillapító, hányinger-csökkentő, illetve egyéb szenvedéseimet mérséklő gyógyszereket ugyanakkor életem utolsó pillanatáig fogom kapni, illetve az ilyen irányú ápolói beavatkozásokat is fogják alkalmazni.
- 8) Mivel szájon át vélhetően nem fogok tudni elegendő folyadékot magamhoz venni, infúzió alkalmazására nagy valószínűséggel sor fog kerülni.
- 9) Megértettem, hogy a tartós altatás növeli a felfekvések, tüdőgyulladás kialakulásának, valamint az érpályában történő vérrög képződésének kockázatát, melyek betegségem végét siettethetik.

A fentiekről számomra érthető tájékoztatást, valamint szóban feltett kérdéseimre kielégítő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon dönthessek ezen módszer alkalmazásáról. Bármilyen, egészségi állapotomat érintő kérdésben a döntési, rendelkezési jogot - azon időszak alatt, amikor erre önállóan nem vagyok képes - -ra ruházom át.

A tartós altatás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve ennek kapcsán a természetesnél esetlegesen hamarabb fellépő halálomért a kezelőorvosomat a felelősség alól felmentem.

Miskolc,

.....
a tájékoztatást adó kezelő orvos aláírása

.....
beteg olvasható aláírása

.....
a törvényes képviselő aláírása

Beteg neve:
Születési ideje:
Születési helye:
Lakcíme:

Törv. képv. neve:
Születési ideje:
Születési helye:
Lakcíme:

A fenti tájékoztatást a kezelőorvos a jelenlétünkben tette, a beteg a fentieket megértette, aláírását szabadon, minden külső kényszerítő körülmény nélkül eszközölte.

Tanúk:

Tanú 1.:

Név:
Lakcím:
Szem. ig. szám.:
Aláírás:.....

Tanú 2.:

Név:.....
Lakcím:.....
Szem. ig. szám.:.....
Aláírás:.....