

### Beteg beleegyező nyilatkozata

Alulírott, #!NEV; (születési hely: #!BSZULHELY; születési idő: #!SZULIDO;) kijelentem, hogy tudomásom van arról, hogy ..... állapotot meg nálam a kezelőorvosom, (név: #!KEZORVPROP(1);, pecsétszám: #!KEZORVPROP(2);, szakorvosi képesítés:....., egészségügyi szolgáltató megnevezése: .....).

Kezelőorvosom széleskörűen tájékoztatott arról, hogy

- I. betegségem kezelésére rendelkezésre 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 ..... nevű gyógyszer indikáción túli alkalmazása milyen kockázatokkal, következményekkel, mellékhatásokkal járhat.

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

#!NEV

Név

.....  
Aláírás

#!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

Dátum

#!KEZORVPROP(1);

Kezelőorvos neve

.....  
Kezelőorvos aláírása

#!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

Dátum