

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktató Kórház

Osztály
Osztályvezető főorvos:

OEP KÓD

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT KEMOTHERÁPIÁS KEZELÉSBE

Alulírott
tanúsítom, hogy engem Dr.....kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

A betegségről, mely neve :

Javasolt gyógymód: Kemoterápia (tablettás vagy intravénás daganatellenes kezelés)

Kemoterápiában alkalmazható gyógymód várható következményei

kockázata, gyakoribb szövődményei: Rossz közérzet, hányinger, hányás. Hőemelkedés, láz, hidegrázás. Előfordulhat hajhullás, szőrzet hullás. Immunrendszer gyengesége. Vérzések, vérszegénység. A kezelés folyamán vérkészítmények adására valamint antibiotikus, gombaellenes és egyéb kezelésre is szükség lehet. Egyéb lehetséges mellékhatásokat illetően az egyes gyógyszerek hivatalos leírataiban találhatóak az irányadók.

Kijelentem, hogy a fentiek, valamint a szóban kapott részletes tájékoztatás

alapján a javasolt gyógymód kockázatait és következményeit, valamint ezek gyakoribb szövődményeit megismertem és azokat megértettem. Kijelentem, hogy kellő megfontolás után szabad akarat elhatározással döntöttem arról, hogy:

(Kérjük X-szel jelölje)

A kemoterápiás kezelésbe beleegyezem és annak kockázatait vállalom

A kijelentem, hogy kellő megfontolás után szabad akarat elhatározással döntöttem arról, hogy a kemoterápiás kezelést nem fogadom el és ennek következményeit vállalom.

Tudomásul veszem az arról szóló tájékoztatást, hogy jogom van a felajánlott kezeléseket elutasítására, illetve a hozzájáruló nyilatkozatom visszavonására. Megértettem és tudomásul veszem, hogy ezen esetekben az egészségi állapotomban bekövetkezett minden káros következményért, a gyógyulás elmaradásáért a felelősség engem terhel.

Tudomásul veszem, hogy az 1999 évi XLII. törvény értelmében az Intézmény egész területén TILOS a dohányzás. A törvény megszegése szankciót von maga után, a kiírt büntetést az elkövetőre terhelik.

Miskolc,

.....
a kezelő orvos aláírása

.....
beteg olvasható aláírása

.....
vagy a törvényes képviselő aláírása (1)

Beteg neve:

Törv. képv. neve:

Születési ideje:

Születési ideje:

Születési helye:

Születési helye:

Lakcíme:

Lakcíme:

(1) Korlátozottan cselekvőképessé, illetőleg cselekvőképtelen beteg esetén a nyilatkozatot a törvényes képviselő (hozzátartozó) adja. Korlátozottan cselekvőképessé beteg esetén javasolható a beteg önálló nyilatkozattétele is, ez azonban a törvényes képviselő (hozzátartozó) nyilatkozatát nem pótolja.