

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei
Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház

3 5 2 6 Miskolc, Szentpéteri kapu 72-76. E-mail: igazgato@bkeok.hu

Erzsébet Hospice Otthon
Osztályvezető főorvos: **Dr. Simkó Csaba**

OEP KÓD: **0563A7306**
Tel.:(46) 515-200/11502

BELEEGYZŐ 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, Dr. Simkó Csaba 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 Erzsébet Hospice Otthont ajánlják.

3. Tudomásom van arról a tényről, hogy állapotomban gyógyulást, ill. 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, ill. a kezelésemet végző személyzettel. 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, ill. működését szabályozó) gyógyszerek alkalmazásának felfüggesztésére kerül sor.

7. Fájdalomcsillapító, hányingercsökkentő, ill. egyéb szenvedéseimet mérséklő gyógyszereket ugyanakkor életem utolsó pillanatáig fogom kapni, ill. 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 siettetik.

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 felelőség alól felmentem.

Miskolc,

.....
a tájékoztatást adó kezelő orvos aláírása

.....
beteg olvasható aláírása

Beteg neve:
Születési ideje:
Születési helye:
Lakcíme:

.....
a törvényes képviselő aláírása

Törv. képvis. 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:

1.....
aláírás

2.....
aláírás

név:
lakcím:.....
szigsz:.....

.....
.....
.....