

Beleegyező nyilatkozat

Csontvelő aspiratio, sternum punktio elvégzéséhez

Alulírott

szül. idő, TAJ szám, tanúsítom, hogy engem Dr.

kellő képen felvilágosított az alábbiakról:

- 1./ Betegségemről, mely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul) Haematológia betegségek, solid tumorok, metastasisok vagy egyéb eredetű lázas állapotok diagnosztizálása, illetve kizárása.
- 2./ A javasolt gyógymódról, mely (magyarul): csontvelő aspiratopja, (sternum punktio) annak kockázatairól: lágyszövet sérülés, a punktio hely – közvetlen környezetében lévő érrendszer sérülés, szegycsont fractura, infectio, bevérzés vagy egyéb előre nem várható szövődmény, és ahelyett alkalmazható gyógymódokról, mint cista biopsia, valamint azok ismert kockázatairól, következményeiről, ismertette az ajánlatot és más szóbaeső kezelést, eljárás előnyeit, illetve hátrányait is.
- 3./ A javasolt gyógymód kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről, szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattak arról, hogy kezelő orvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak az alábbi előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógy eredményt (gyógy tartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják (a beteg aláírása előtt az orvos tölti ki).

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

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelése bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógy eredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

A kezelésbe, (műtétbe) való beleegyezésem a tájékoztatás megértése alapján minden kényszerből mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam **csontvelő aspiratio** (sternum punktio) kezelést elvégezzék.

Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Ezért döntésemet kezelőorvosaimra bízom. (Ezt a nyilatkozatot – elfogadás esetén kézírásával megismételten leírva, majd aláírva az okirat végén kérjük erősítse meg. E megerősítő nyilatkozat hiányában tájékoztatásáról való lemondása érvénytelen.



4. Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendeltem el.

a./ az alábbi megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:

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

b./ az alábbi megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről az általam megjelölt
következő korlátozásokkal tájékoztassák:

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

c./ az alábbi megnevezett hozzátartozóimat betegségemről kérésükre se tájékoztassák:

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

Jászberény,év hó nap.

.....
kezelőorvos aláírása

.....
a beteg v. törvényes képviselőjének
aláírása

Lakcíme:.....
.....