

Beleegyező nyilatkozat has csapoláshoz

Alulírottszül. idő), tanúsítom, hogy engem
Dr.....

kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. A betegségemről, mely a következő (magyarul, esetleg latinul):

.....

2. A has csapolás szövődményei: bélperforáció, vérzés, fertőzés, hasfolyadék folyamatos szivárgása.

3. Helyette alkalmazható gyóymód:

- gyógyszeres vízürités, de ez nem egyenlő értékű módszer (lényegesen alacsonyabb hatékonyságú)
- diagnosztikus csapolás esetén radiológiai vizsgálat (CT, hasi ultrahang)

Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak a fentebb felsorolt szövődmények.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelésektől bármelyikének visszautasítására. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás kapcsán bekövetkezett szövődményekért, ill. a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

A javasolt gyóymód kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményekről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, hogy milyen kezelést szeretnék.

*A kezelésbe való beleegyezésem a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam az alábbi kezelést elvégezzék:

Has csapolás

*Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig a gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletesebb felvilágosítást kapni.

(A *-gal megjelölt két bekezdés közül a nem kívánt áthúzandó)

Hozzátartozóim tájékoztatásáról a következőt rendelem el:

a. Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:

.....
.....

b. Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:

.....
.....

Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről kérésükre se tájékoztassák:

.....
.....

Jászberény, év hó nap.

.....
kezelőorvos aláírása, pecsét

.....
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

Lakcíme:.....
.....