

Beleegyező nyilatkozat gerincfolyadék csapolásához

Alulírottszül. idő), tanúsítom, hogy engem Dr.....
kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

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

2. A gerincfolyadék csapolás következményei: fejfájás, fertőzés, idegsérülés (bénulás)

3. Helyette alkalmazható gyógymód:

- agyhártyagyulladás. jóindulatú liquornyomás-emelkedés esetén nincs választható egyéb módszer
- diagnosztikus csapolás esetén radiológiai vizsgálat (CT, MR)

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

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelésekből bármelyikének elutasítására. 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 gyógymód kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék arról, hogy milyen kezelést szeretnék.

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

Gerincfolyadék 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 áthúzendó)

Hozzáartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem el:

a. Az alább megnevezett hozzáartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:
.....
.....

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

c. Az alább megnevezett hozzáartozóimat betegségemről kérésükre se tájékoztassák:
.....
.....

Jászberény, év hó nap

.....
kezelőorvos aláírása, pecsét

.....
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

Lakcíme:.....
.....