

Beteg neve: @@páciens_neve Születési neve: @@születési_neve
Anyja neve: @@anya_neve
Született: @@pac_szul_hely @@szüldátum
Lakcím: @@áll_irányítószám @@áll_település @@áll_utca_házzszám
TAJ száma: @@taj_maskszam
Törzsszám: @@fekv_torzsszam

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

1./ A betegségről, amely kórisme szerint:

rosszindulatú daganata

2./ A javasolt gyógymódról: daganatellenes kemoterápia

és annak kockázatairól, vérképzőszervi, máj, vese, gyomor-bélrendszer, idegrendszer, szív, tüdő elváltozásokról, hajhullásról, nyálkahártya elváltozásról, csontvelő elváltozásról, a fentiek helyett alkalmazható gyógymódokról, valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről, ismeretette az ajánlott és más szóba jövő kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait is („Amit a kemoterápiáról tudni kell”)

3./ A javasolt gyógymód kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről, szóban feltett kérdésemre is megfelelő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék arról, milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

4./ Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak az alábbi előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyulási eredményt – gyógytartamot kedvezőtlenül befolyásolják:

Túl-érzékenységi reakció, csontvelő-károsodás, immunzavarok, vesekárosodás, idegkárosodás, bőrhámlás, hasmenés, hányás, szívizom-károsodás, szívelégtelenség, kiszáradás, vénagyulladás, lázas, fertőzőes szövődmény, mely akár életet veszélyeztető is lehet, vérzés, fertőzés a beavatkozás helyén.

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

6./ A kezelésbe való beleegyezésemet a tájékoztató megértése alapján minden kényszerből mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam az alábbi kezelést elvégezzék: daganatellenes kemoterápia.

7./ Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

a) Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat betegségről teljes körűen tájékoztassák:

gyermekem, feleségem

b) Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat a betegségről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:

8./ Kijelentem, hogy a diagnosztikai eljárásról, valamint annak lefolyásáról megfelelő tájékoztatást kaptam és részemről a beavatkozással kapcsolatban több kérdés nem merült fel.

9./ A beteget felvilágosítottam a betegségről, a lehetséges kezelési módokról a lehetséges mellékhatásokról és a kezelés elmaradásának következményeiről. Az elmondottakat a beteg meghallgatta, felfogta és megértette. A kezelés folytatásába beleegyezik.

10./ A citosztatikumok extravazációja az infúziós kezelés legnagyobb jelentőséggel bíró helyi szövődménye, mivel nagyon komoly következményekkel járhat. Az extravazáció során az infúziós oldat az érpályából a szubkután, subdermalis térbe jut, infiltrálódik és a bőrre, idegekre, inakra és ízületekre káros hatásokat eredményez

Salgótarján, @@sys_dátum_hosszú

Az adatkezelési tájékoztatót megismertem, az abban foglaltakat elfogadom és hozzájárulok a fenti adataim kezeléséhez.

felvilágosító orvos neve
pecsétszámja és aláírása

@@páciens_neve
páciens (vagy képviselője)
a beteg aláírása

* Az Ön személyes adatait a Szent Lázár Megyei Kórház, az Európai Parlament és a Tanács 2016/679 rendelet (GDPR) 7. cikk alapján is kezeli és feldolgozza.