

Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház
6600 Szentes, Sima F. u. 44-58.
Onkológia Gondozó Szakrendelés, Haematológia Szakrendelés
Tel.: 06-63/313-244/193-as mellék

Beleegyző nyilatkozat injectio beadásához

A beteg neve:

születési ideje:

anyja neve:

TAJ-száma:

lakcíme:

A beteg az injectios terápiába beleegyezik.

Az injectio beadásához hozzájárulok:

beteg aláírása

.....

orvos aláírása

Szentes,

Beleegyező nyilatkozat

Alulírott: Név:

Születési év:

Anyja neve:

Lakcím:

tanúsítom, hogy engem kellő mértékben írásban/szóban felvilágosítottak az alábbiakról.

1./Betegségemről (amennyiben már ismert), mely kórisme szerint

magyarul: vérszegénység – teljes vérsejt hiány – vérlemezke hiány – egyéb vérképzőszervi betegség

latinul: anemia – pancytopenia – thrombocytopenia – lymphoma, leukaemia, myelodysplasia

2./ Javasolt vizsgálatokról / gyógymódról, mely

magyarul: csontvelővizsgálat

latinul: Jamshidi-biopsia – sternum punkció

3./ Valamint annak kockázatáról:

A csontvelői mintavétel helyi érzéstelenítés után 1 cm-es bőrmetszésből a sterilitás feltételeinek biztosítása mellett biopsias eszközzel elvégzett beavatkozás. Szövődményként ritkán vérzés, esetlegesen sebfertőzés, vagy az érzéstelenítővel szemben túlérzékenységi reakció léphet fel.

Gyógyszerérzékenység: van:

nem ismert:

A javasolt beavatkozás helyett alkalmazható gyógymódokról más kezelési eltérés előnyeiről és hátrányairól, a javasolt műtét elmaradásának kedvezőtlen következményeiről tájékoztattak.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, ill. a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadom el a felelősség alól felmentem.

A tájékoztatás megértése alapján a javasolt vizsgálatokba / gyógykezelésbe minden kényszertől mentesen beleegyezésemet adom.

Szentes,

.....
a kezelőorvos aláírása
hivatalos bélyegzője

.....
a beteg / * törvényes képviselőjének aláírása

* Cselekvőképtelen, ill. korlátozottan cselekvőképes beteg esetén a nyilatkozatot a törvényes képviselő (hozzátartozó) adja. Korlátozottan cselekvőképes beteg esetén a beteg nyilatkozattétele is, ez azonban a törvényes képviselő (hozzátartozó) nyilatkozatát nem pótolhatja.