



INVAZÍV BEAVATKOZÁS BETEGTÁJÉKOZTATÓJA

Alulírott (név) (szül. idő) kijelentem, hogy (a beavatkozást végző neve) engem, illetve hozzátartozómat (..... név,szül. idő, rokonsági fok) az alábbi invazív beavatkozásról a következők szerint kellő mértékben és módon tájékoztatott:

HEPATITIS B VÍRUS ELLENI OLTÁSHOZ

Tisztelt Szülők, Gondviselők!

Gyermeük szervezetének védekezőképessége, immunitása alapbetegsége, illetve az alkalmazott/ alkalmazásra kerülő nélkülözhetetlen gyógykezelés következtében gyengült, illetve gyengülni fog. Gyermeük ennek következtében fokozottan fogékony a fertőző betegségekkel, így a hepatitis B vírus által okozott tünetek, vagy tünetekkel nem járó fertőzés iránt. A fertőzés sajnos a legelővigyázatosabb óvó rendszabályok betartása mellett is bekövetkezhet.

Ma már rendelkezésre áll olyan védőoltás, amely a hepatitis B vírusfertőzést egészséges egyénekben nagy valószínűséggel képes megelőzni.

A védőoltás a sérült immunitású betegekben nem képes minden esetben a fertőzés megelőzésére, azonban a szakirodalmi tapasztalatok szerint jelentősen csökkenti azok kockázatát. Az oltóanyag biotechnológiai eljárással kerül előállításra, emberi vér eredetű fehérjét és élő vírust nem tartalmaz. A hazánkban forgalmazott és alkalmazott védőoltásoktól súlyos szövődmény eddig nem következett be, azonban a szakirodalom közölt néhány esetet, amelyek szerint az idegrendszer gyulladáshoz vezető természetű betegségeiben szenvedő betegek állapota a védőoltást követően rosszabbodott. A csontvelői vérképzés súlyos zavaráról a védőoltást követően csupán egy tudományos közlemény számolt be.

INVAZÍV BEAVATKOZÁS BELEEGYEZŐ NYILATKOZATA

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék és válasszak a megismert kezelések közül.

Tájékoztattak arról, hogy szakszerű, a szakma szabálya szerinti gyógykezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják. Tájékoztattak arról, hogy a kórházi kezelés (kivizsgálás, gyógyszeres kezelés, műtét, egyéb fent részletezett kezelés) elutasítása, a gyógykezelés megszakítása, illetve annak meghatározott vagy meghatározatlan idejű halasztása kockázattal jár.

Megerterm és tudomásul veszem azt is, hogy kivizsgálásom és kezelése során tanulónővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármikor a felajánlott kezeléseket elutasítására. Ez esetben a kezelése során, a visszautasítás kapcsán jelentkező következményekért, szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a javaslatát, kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

Ezen nyilatkozat aláírásával

beleegyezem és kérem *

nem egyezem bele és nem kérem *

a fenti beavatkozás elvégzését.

Nyilatkozatomat a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől és befolyástól mentesen adom.

Szombathely, 20 év hó nap óra perc

.....
beavatkozást végző aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

*A megfelelő válasz egyértelműen (aláhúzás, bekarikázás) jelölendő.