



FELVILÁGOSÍTÁSI ÉS BELEEGYZÉSI NYILATKOZAT KEMOTERÁPIÁVAL KAPCSOLATBAN

Alulírott szülő/gyám kijelentem, hogy
gyermekem betegségéről a kezelőorvos
szóban tájékoztattott. A gyógyszeres kezelésbe (kemoterápiás kezelés, supportív kezelés) és a kezelés
során szükséges műszeres vizsgálatokba (röntgen, ultrahang, lumbálpunkció, csontvelői mintavétel
altatással vagy helyi érzéstelenítéssel) beleegyezem.

A kezelés mellékhatásairól és kockázatairól részletes szóbeli tájékoztatást kaptam.
(Hányinger, hányás, átmeneti hajkihullás, nyálkahártya-károsodás, fokozott hajlam a fertőzésekre és
vérzésre, szervkárosodások, a termékenység esetleges csökkenése, később kialakuló más rosszindulatú
betegség nagyobb kockázata.)

Bármely új, bevezetésre kerülő gyógyszerről külön felvilágosítást kapok, a kipróbálásban való
részvételt jogom van megtagadni.

A szükséges sugárkezelésbe beleegyezem, mellékhatásairól szóbeli tájékoztatást kaptam.

Az altatásban történő szövettani mintavételbe és a lehetséges/szükséges műtétbe beleegyezem, de
jogom van azt bármikor megtagadni.

Tudomásul veszem, hogy a kezelés korszerűsítése és a gyógyulási eredmények javítása csak a klinikák
közötti együttműködés árán lehetséges, ami szükségessé teszi a beteg adatainak (név, születési dátum,
lakhely, diagnózis és egyéb orvosi információk) tárolását és az adatok feldolgozását, szükség esetén
más klinikával történő közlését. Mindez az orvosi titoktartás és adatvédelem szigorú betartásával
történik.

Beleegyezésemet jogom van bármikor indoklás és hátrány nélkül visszavonni.

.....
szülő/gyám

.....
kezelőorvos

Szombathely,