



INVAZÍV BEAVATKOZÁS BETEGTÁJÉKOZTATÓJA

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

SUGÁRTERÁPIÁS KEZELÉS

1. A beavatkozás megnevezése (a betegtájékoztatók alapján):

- F-B-ON-02. Elektrohypertermiás kezelés
- F-B-ON-04. Agy és gerincvelő sugárkezelése
- F-B-ON-05. A bőr sugárkezelése
- F-B-ON-06. Sugárkezelés az emlő daganatos megbetegedéseinél
- F-B-ON-07. Sugárkezelés fej, torok, nyak területeken
- F-B-ON-08. Sugárkezelés a gyomornál
- F-B-ON-09. Sugárkezelés a has és kismedence területen
- F-B-ON-10. A mellkasi szervek besugárzása
- F-B-ON-11. Nőgyógyászati szervek közelterápiás sugárkezelése
- F-B-ON-12. Agy együlékes sztereotaxiás sugárkezelése

2. A beavatkozás célja:

- kuratív (gyógyító hatású)
- palliatív (a daganat okozta tünetek – pld. fájdalom – csökkentésére, ill. megszüntetésére, a beteg életminőségének javítására irányuló kezelés)

3. A beavatkozás menete, technikája: lásd az 1. pontban megjelölt, átadott betegtájékoztatót

4. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok: lásd az 1. pontban megjelölt, átadott betegtájékoztatót

5. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei: A betegség progressziója (fokozódása), annak minden következményével.

6. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák: Az orvostudomány mai állása szerint más, hatékony kezelési lehetőség nincs.

7. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:

Folytatás a túloldalon!



INVAZÍV BEAVATKOZÁS BELEEGYEZŐ NYILATKOZATA

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek 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.

Megértem 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 kezelések 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.

Nyilatkozom arról, hogy korábban sugárterápiás kezelésben részesültem: igen nem

A sugárkezelésre a beszólítást: név szerint kérem sorszám szerint kérem

Ezen nyilatkozat aláírásával

*beleegyezem és kérem **

*nem egyezem bele és nem kérem **

a fenti beavatkozás elvégzését.

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

Jelen beleegyező nyilatkozat az F-B-04. „Általános beleegyező nyilatkozat” vagy az „Ambuláns kezelőlap” aláírásával együtt érvényes.

Az 1. pontban megjelölt betegtájékoztatót átvettem, annak tartalmát megismertem és kezelőorvosommal megkonzultáltam.

Szombathely, 20 év hó nap óra perc

.....
orvos aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

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