



BELEEGYZŐ NYILATKOZAT DAGANATOS BETEGSÉG ESETÉN

Alulírott.....(név).....(szül. idő) tanúsítom, hogy engem

Dr.....kellő mértékben felvilágosított a beteget megillető önrendelkezési jogaimról, tájékoztatáshoz való jogaimról (1997. évi CLIV törvény 13§-19§) az alábbiak szerint:

A betegségemről, mely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul):.....

- a) A daganatos betegségemre vonatkozó diagnosztikus és/vagy kezelési javaslatot melyet az intézet onkológiai bizottsága fogalmazott meg kielégítően megismerhettem, ezzel kapcsolatos kérdéseimre maradéktalanul választ kaptam és lehetőségem volt ezt hozzátartozóimmal is megbeszélni.
- b) A javasolt gyógymód *kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről* szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy *szabadon döntsék arról, milyen kezelést szeretnék*. Kezelőorvosom felhívta a figyelmemet tájékoztatáshoz való jogaimra, így tudomásul veszem, hogy kötelessége engem folyamatosan és részletesen tájékoztatni egészségi állapotomról, annak orvosi megítéléséről, állapotom változásairól.
- c) A kezelésbe (*kemoterápia, sugárterápia, műtét, stb.*) való beleegyezésemet a felvilágosítás alapján és minden kényszertől mentesen adom.
- d) Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének vagy mindegyikének elutasításához. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás miatt bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek kezelési javaslatait nem fogadtam el, felelősség nem terheli.
- e) Tudomásul veszem, hogy a kezelés eredményét jelentősen befolyásolja, adott esetben veszélyezteti az alkoholos befolyásoltság, ezért annak teljes időtartama alatt vállalom azt, hogy annak fogyasztásától tartózkodom.

Az alább javasolt kezelés(ek)be **BELEEGYZÉSEMET** adom:

Kezelés megnevezése	Beteg beleegyző aláírása
KEMOTERÁPIA	
SUGÁRTERÁPIA	
MŰTÉT	

Az adatkezelési tájékoztatót megismertem, az abban foglaltakat megértettem, a személyes és különleges adataim kezeléséhez hozzájárulásomat adom.

A FENTI KEZELÉSEK EGYIKÉBE SEM EGYEZEM BELE (annak ellenére, hogy az elutasítás esetleges, egészségre káros következményeiről felvilágosítást kaptam.)

.....
a beteg kezelést elutasító aláírása

Dátum:

.....
a kezelőorvos aláírása

Korlátozottan cselekvőképes, illetőleg cselekvőképtelen beteg esetén a nyilatkozatot a törvényes képviselő (hozzátartozó) adja. Korlátozottan cselekvőképes beteg esetén javasolható a beteg önálló nyilatkozattétele is, ez azonban a törvényes képviselő (hozzátartozó) nyilatkozatát nem pótolja.