



SEMMELWEIS EGYETEM

Általános Orvostudományi Kar Belgyógyászati és Onkológiai Klinika
Hospice-palliatív részleg

Igazgató

DR. Takács István

Osztályvezető

DR. Borbényi Erika

HOSPICE ELLÁTÁSBA BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Korlátozottan cselekvőképes, illetőleg cselekvőképtelen beteg esetén a nyilatkozatot a törvényes képviselő (hozzátartozó) adja. Korlátozottan cselekvőképes beteg esetén a beteg véleményét a nyilatkozat kapcsán figyelembe kell venni, és ez a törvényes képviselő (hozzátartozó) nyilatkozatát nem pótolja.

Alulírott (név)..... (anyja neve)

..... (születési idő) - tanúsítom, hogy engem Dr megfelelően (érthetően és teljes körűen) felvilágosított az alábbiakról:

1. A **betegségről**, mely kórisme szerint (*magyarul*):

.....

2. A javasolt, illetve kérelmezett hospice ellátás szemléletéről, a fájdalomcsillapítással járó jelentősebb kockázatokról:

.....

.....,

és a mellette alkalmazható kiegészítő ellátásról, mint:

.....,

valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről. Az orvos ismertette az ajánlott és lehetséges (alternatív) fájdalomcsillapítási eszközök előnyeit, illetve hátrányait is.

3. Tudomásul veszem, hogy az osztály előjegyzés szerint fogadja a betegeket, mely előjegyzést a kezelőorvosok, illetve rajtuk keresztül vagy tőlük függetlenül a beteg, vagy hozzátartozóik kezdeményezhetik, továbbá, hogy sürgős, illetve ügyeleti időben történő felvételt az osztály nem tud nyújtani, a sürgős felvételt illetően mindenkor az aktív fekvőbeteg osztályok illetékesek.

Tudomásul veszem, hogy az osztály nem alkalmaz olyan eljárást, mely az élet mesterséges fenntartását jelenti, valamint az osztály nem vállalja a szenvedés enyhítését az élet megrövidítése árán.



SEMMELWEIS EGYETEM

Általános Orvostudományi Kar Belgyógyászati és Onkológiai Klinika
Hospice-palliatív részleg

Igazgató

DR. Takács István

Osztályvezető

DR. Borbényi Erika

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott ellátás bármelyikének vagy mindegyikének – törvényi rendelkezések feltételeinek betartása melletti - visszautasítására. Ez esetben az ellátásom során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért az orvosokat, akiknek a javaslatát nem fogadtam el, a felelősség alól mentesítem.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben a betegségem természetéről, ellátásom részleteiről, különösen pedig életkilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni, arról saját kezű írásos nyilatkozatot kell tennem. E nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondás érvénytelen. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény szerint a tájékoztatásról nem lehet lemondani, amennyiben a betegségem természetét ismernem kell ahhoz, hogy mások egészségét ne veszélyeztessenem.

Tudomásul veszem, hogy a Hospice Osztályon történő ellátásom 3 hónapnál nem lehet hosszabb.

4. Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem el:

a) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről **teljes körűen** tájékoztassák:

.....

b) Az alább megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről az általam megjelölt következő **korlátozásokkal** tájékoztassák:

.....

c) Az alább megnevezett hozzátartozóimat, betegségemről **kérésükre se** tájékoztassák:

.....

Kelt:.....

.....

kezelőorvos aláírása

.....

a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

Lakcíme:.....

1 Hozzá tartozó nyilatkozattételére a 4. pontban szereplő kérdések körében nincs mód.