



**KOMÁROM-ESZTERGOM VÁRMEGYEI**  
**SZENT BORBÁLA KÓRHÁZ**  
**HAEMATOLÓGIAI OSZTÁLY**  
2800 Tatabánya; Dózsa Gy. u. 77. \* Pf.: 1313  
Telefon: 06-34/515-488, fax: 06-34/317-025  
Honlap: www.tatabanyakorhaz.hu



## **BELEEGYZŐ NYILATKOZAT KEMOTERÁPIÁS / IMMUNKEZELÉSHEZ**

Alulírott (szül.idő: )  
korlátozottan cselekvőképes, vagy cselekvőképtelen betegnél törvényes képviselője (hozzátartozója)  
tanúsítom, hogy engem Dr. kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

- 1.) A betegségemről, amely kórisme szerint:
- 2.) A javasolt kezelés típusáról, és tervezett időtartamáról:
- 3.) Valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és más lehetséges kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait.

A javasolt kezelés kockázatairól, lehetséges leggyakoribb szövődményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon dönthessek arról, hogy milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, annak változásairól megfelelően tájékoztatni. Továbbá az állapotomra tekintettel a biztonságom érdekében megváltoztathatja a megkezdett kezelésemet, amelyről megfelelő tájékoztatást kaptam.

**Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés mellett is előfordulhatnak az alábbi szövődmények, amelyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják:**

- A csontvelő károsodása: fehérvérsejtszám csökkenés, vérszegénység, vérlemezke hiány, esetleges vérzések amelyek életet veszélyeztető állapotot is eredményezhetnek
- Az immunrendszer károsodása, amely baktériumok, vírusok, gombák okozta fertőzésekre hajlamosítanak, lázas állapotokat okozhatnak
- Idegrendszer zavarai miatt végtagokon érzett zsibbadás, égő érzés, fájdalom
- A vesék károsodása a sejtszétérés, kezelés következtében
- Keringési zavarok, vénás érfal károsodás, szívizom elfajulása, károsodása
- A kezelés következtében egyéb tünetek: hányinger, hányás, hasmenés, székrekedés, bőr és nyálkahártya károsodás, hajhullás, fogamzó képesség károsodása

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelése bármelyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során az elutasítás miatt bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akik a kezelés tervezésében részt vettek, a felelősség alól felmentem.

A kezelésbe való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján, minden kényszertől mentesen adom.

\*A kezelést elfogadom

\*A kezelést elutasítom

Dátum: ..... ..

A beteg aláírása

A kezelőorvos aláírása

\*A megfelelő rész aláhúzendő