



**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

### Csontvelő vizsgálathoz

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

- 1.) A betegsémemről, mely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul).....
- 2.) A javasolt beavatkozásról, mely (magyarul): **csontvelővétel a csípőlapátból/szegycsontból**, annak kockázatairól és a helyette alkalmazható gyógymódokról, mint: **csontvelővétel a szegycsontból/csípőlapátból**, valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és más lehetséges kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait.
- 3.) A javasolt gyógymód kockázatairól, lehetséges gyakoribb 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, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

\*Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak az alábbi előre nem látható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt( gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják (a beteg aláírása előtt az orvos tölti ki): **vérzés**.....

\*Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezeléseket bármelyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során az elutasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

\*A kezelésbe( műtétbe, stb..) való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján, minden kényszerből mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam az alábbi kezelést(műtétet) elvégezzék: **csontvelővétel a csípőlapátból/szegycsontból**

\*Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy betegsémem természetéről, gyógykezelésem részleteiről különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Ezért a döntéseket kezelőorvosomra bízom. (Ezt a nyilatkozatot- elfogadás esetén-kézírásával megismételve leírva, majd aláírva az okirat végén erősítse meg. E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondása érvénytelen.)

\*A nem kívánt szövegrész törlendő.

- 4.) Hozzáartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:  
a/ Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegsémemről teljes körűen tájékoztassák:  
.....  
.....  
b/ Az alább megnevezett hozzátartozóimat a betegsémemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:  
.....  
.....

c/ Az alább megjelölt hozzátartozóimat betegségemről kérésükre se tájékoztassák:

.....  
.....

5.) Tudomásul veszem, hogy a Komárom-Esztergom Vármegyei Szent Borbála Kórház feladatai közé tartozik az egészségügyi szakemberek oktatása, képzése is.

Tájékoztatást kaptam arra vonatkozóan, hogy az oktatásban résztvevőkre is vonatkoznak az egészségügyi dolgozók titoktartási kötelezettségei.

Tájékoztatást kaptam arra vonatkozóan is, hogy az oktatással kapcsolatban a felelősség teljes egészében a kórházat terheli.

Mindezek alapján beleegyezem, hogy ez az oktatási tevékenység kiterjedjen betegségemmel (gondozottam betegségével) kapcsolatos kérdésekre is.

Tatabánya,

A beteg, vagy törvényes képviselő aláírása:

.....

A kezelőorvos aláírása

.....