



# TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

EHB 7-09/00-43

Változat: 1

Hatálybalépés:

2023-04-28

After loading

Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház

Tagkórház megnevezése:

Tagkórház címe:

OSZTALY NEVE:

Osztályvezető főorvos:

NEAK KÓD:

Beteg neve:

Születési név:

Születési hely, idő:

Lakcím:

TAJ szám:

Anyja neve:

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképes kiskorú, illetve a cselekvőképességében bármely ügycsoport tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a törvényes képviselő adatai (név, szül. idő, anyja, lakcím) és a korlátozás alá eső ügycsoport megjelölése:

Rokonsági foka:

a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában

b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes

ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában

bb) gyermeke, ennek hiányában

bc) szülője, ennek hiányában

bd) testvére, ennek hiányában

be) nagyszülője, ennek hiányában

bf) unokája

c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a

beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes

ca) gyermeke, ennek hiányában

cb) szülője, ennek hiányában

cc) testvére, ennek hiányában

cd) nagyszülője, ennek hiányában

ce) unokája

Ha az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van, tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során igényli- e támogatója jelenlétét?	Igen / nem <sup>1</sup>
<b>Ha igen:</b>	
Támogató neve:	.....
Címe:	.....
Telefonszáma:	.....

1./ **Betegség megnevezése** fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul): A szájfénék, nyelvgyök, nyelvtest rosszindulatú daganata, fej- nyaki rosszindulatú daganatok.

2./ **Beavatkozás megnevezése:** Munkacsatorna behelyezése (after loading kezelés) a localis sugárkezeléshez.

3./ **Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:** Dr. (p: )

4./ **Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:**

5./ **Javasolt beavatkozás előnye és kockázata:**

**Előnye:** A daganatos folyamat megszüntetése, vagy progressziójának lassítása. A daganat által érintett területen magasabb sugárdózist lehet elérni, a környező anatómiai képletek kisebb sugárterhelésével.

**Kockázata:** A sugárkezelés mellékhatásai, a nyálkahártya, bőr gyulladása, egyéb környező szervek gyulladása, vérképzőszervek elégtelen működése, következményes vérszegénység, fertőzésre való hajlam. Hajhullás,

<sup>1</sup> A megfelelő rész aláhúzendó.

agyduzzanat, idegrendszeri károsodás, átmeneti, vagy maradandó bénulás, szöveti elhalás. A behelyezett munkacsatornán keresztül helyi sugárkezelés, melynek szövődménye lehet elhúzódó sebgyógyulás, sebgennyedés, csontelhalás, agyödéma, nyaki verő és visszér károsodása, sérülése, a szájfenék ereinek károsodása, parenchymas vérzés, artériás vérzés, elvérzés. Arcidegbénulás, mely lehet átmeneti vagy maradandó, a homlokráncolás, szemhéjzárás, szájmozgatás, összefoglalóan a mimikai izmok mozgásának zavara. Nyelészavar, beszédzavar, vállmozgatása fájdalma, zavara, mozgáskorlátozottsága. Égő érzés a szájüregben. Az arccsont és állkapocs csont gyulladás, részleges elhalása, deformálódása, szájnyitási nehezítettsége. A nyelv sorvadása, mozgás zavara, szájszárazság, ízézés zavara. Szájüregi daganat visszánövése, nyaki és távoli áttétek kialakulása, ezektől függően további onkoterápiás kezelés lehetőség esetén műtét, palliatív kemoterápia. Gége, garat ödéma, fulladás, sz. e. légszűkület. A leadandó sugárdózist az onkológián a fizikus és az onkológus együttesen számolják ki képkalkulátor igénybevételével.

**Munkacsatornák behelyezése során:** vérzés, fájdalom, maradandó hegesedés a nyakon, a behelyezett csatornák kicsúsztatása, az arc és a szájfenék duzzanata, bőr és lágyszöveti sebek, sipolyok kialakulása, csontthártyagyulladás. Nyelés zavar, szájnyitási nehezítettség, szájzár, táplálkozási nehezítettségek. A szövődményektől függően a munkacsatornák idő előtti eltávolítása válhat szükségessé. A munkacsatornák kicsúsztatása esetén a tervezett kezelés idő előtti befejezésére kényszerülünk. Ritkán előfordulhat a csatornák sérülése, egyes darabjainak lenyelése, illetve tüdőbe kerülése, aspirációja.

I. általános tájékoztatás betegre szóló kiegészítése:

II. személyre szabott kockázatok:

A beteggel való egyeztetést követően a munkacsatornák behelyezését nem vállalja.

A közeli és külső sugárkezelést és a munkacsatornák behelyezését vállalja.

**6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai:** A rosszindulatú daganatos betegség progressziója, tovább terjedése, melynek végső kimenetele halál is lehet. Közeli és távoli áttétek kialakulása.

**7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:** Az adott betegség esetében jelenleg, a bizonyítékokon alapuló orvoslás szerint nem ismert.

**8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:**

**8.1.** Sugárkezelés esetén lokalizációs terv készítése után radiotherapiás készülékkel a daganat szövettani típusától és a szervezetben való elhelyezkedésétől függően meghatározott nagyságú sugárdózist juttatnak a célterületbe, több frakcióban a kívánt összdózis eléréséig. A besugárzást követően munkacsatornákat eltávolítjuk, a kialakuló szövődményeket, mellékhatásokat súlyosságuknak megfelelően kezeljük.

**8.2. Az ellátás várható kimenetele.** A rosszindulatú daganat kiterjedésének csökkenése vagy végleges elpusztítása (amennyiben gyógyszer, vagy sugár rezisztencia nem áll fenn).

**9./ A javasolt életmódról, további ellátásokról kezelőorvosomtól folyamatosan és a Zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.**

A fenti és az általam feltett kérdésekre mind szóban, mind írásban számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.

Kellő idő és információ állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék arról, beleegyezem-e a vizsgálatba. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozás visszautasítására, ezt saját kézírással írt és aláírt teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenségem esetén két tanú együttes jelenlétében megtett és azok aláírásával ellátott magánokiraton kell megtennem. Ez esetben a beavatkozás elmaradása miatti következményekért (különösen, de nem kizárólagosan a gyógyeredmény alakulásáért) azokat az orvosokat, akik által javasolt beavatkozást nem fogadtam el, felelősség nem terheli.

Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzésébe való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. Alapos ok nélküli visszavonás esetén azonban köteles vagyok az ezzel összefüggésben felmerült és indokolt költségeket megtéríteni.

Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom.

Kezelőorvosom kész engem állapotomról, illetve annak változásairól folyamatosan, megfelelően tájékoztatni.

A fentiek alapján minden megtevesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésemet adom a megnevezett egészségügyi beavatkozáshoz, és kérem, hogy azt rajtam végezzék el.

Dátum:

.....  
kezelőorvos aláírása

.....  
beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....  
tanú (név, lakcím)

.....  
tanú (név, lakcím)

Ha a betegnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van és tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során támogatója jelenlétét igényelte, a jelen lévő támogató aláírása:

.....  
támogató aláírása

### Beavatkozás visszautasítása

A kezelőorvos által tervezett és megajánlott beavatkozás elvégzésébe felelősségem teljes tudatában nem egyezem bele. (a nyilatkozat teljes szövegének kézírással történő megisméltése és aláírása szükséges vagy írásképtelenség esetén együttesen jelenlévő 2 tanú aláírása):

.....  
.....  
.....

### **Figyelmeztetés!**

A beavatkozás visszautasításának joga nem gyakorolható, amennyiben a beavatkozás elmaradása mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné. Cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén **nem utasítható vissza** az olyan ellátás, amelynek elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be. Amennyiben cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a betegség természetes lefolyását lehetővé tévő életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására kerül sor, a Kórház keresetet indít a beleegyezés bíróság általi pótlása iránt. A kezelőorvos a bíróság jogerős határozatának meghozataláig köteles a beteg egészségi állapota által indokolt ellátások megtételére, amelyhez szükség esetén rendőrhatalóság közreműködését is igénybe veheti. Közvetlen életveszély esetén a szükséges beavatkozások elvégzéséhez bírósági nyilatkozatpótlásra nincs szükség.

Dátum:

.....  
kezelőorvos aláírása

.....  
beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt<sup>2</sup>:

.....  
tanú (név, lakcím)

.....  
tanú (név, lakcím)

<sup>2</sup> Ezen nyilatkozat érvényességének feltétele, hogy a beteg két tanú jelenlétében írja alá a nyilatkozatot, vagy aláírását két tanú jelenlétében saját kezű aláírásának ismerje el, vagy a beteg írásképtelensége esetén a nyilatkozatot szóban két tanú előtt tegye meg.

Ha a betegnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van és tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során támogatója jelenlétét igényelte, a jelen lévő támogató aláírása:

.....  
támogató aláírása

## Tájékoztatásról való lemondás

**Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Helyettem tájékoztassák:** .....

Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézírásával megismételten leírva, aláírva, vagy írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében és azok aláírásával ellátott teljes bizonyítóerejű magánokiraton erősítse meg!

.....  
.....  
**Figyelem! Az Eütv. 14. § (1) bekezdése alapján a cselekvőképes beteg nem mondhat le a tájékoztatásról, amennyiben betegsége természetét ismernie kell ahhoz, hogy mások egészségét ne veszélyeztesse!**

Dátum:

.....  
kezelőorvos aláírása

.....  
beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....  
tanú (név, lakcím)

.....  
tanú (név, lakcím)

## Beleegyezés-, illetve visszautasítás jog gyakorlására jogosult személy kijelölése

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény [Eütv.] 16. § (1) bekezdés a) pontja alapján az alábbi cselekvőképes személyt jelölöm meg, hogy helyettem a beleegyezés-, vagy visszautasítás jogát gyakorolja:

Név:	
Lakcím:	
Telefonszám:	

Az Eütv. 16. § (1) bekezdés b) pontja alapján a beleegyezés-, vagy visszautasítás jogának helyettem történő gyakorlásából, illetve a betegségről történő tájékoztatásból – az Eütv. 16. § (2) bekezdésben meghatározott személyek közül – az alábbi személyeket zárom ki (neve és rokonsági foka megjelölésével):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Dátum:

.....  
beteg aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt<sup>3</sup>:

.....  
tanú (név, lakcím)

.....  
tanú (név, lakcím)

**A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!**

**Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház  
4400 Nyíregyháza, Szent István u. 68. Tel: 42/599-700**

---

<sup>3</sup> Ezen nyilatkozat érvényességének feltétele, hogy a beteg két tanú jelenlétében írja alá a nyilatkozatot, vagy aláírását két tanú jelenlétében saját kezű aláírásának ismerje el, vagy a beteg írásképtelensége esetén a nyilatkozatot szóban két tanú előtt tegye meg.