

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 teljeskörűen) felvilágosított az alábbiakról:

1. A **betegségemről**, mely kórisme szerint (*magyarul*):
.....
2. A javasolt 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. A javasolt ellátás kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő teljeskörű választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, hogy hospice szolgáltatást igénybe veszek. Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, melyek a várható életminőségemet és életkilátásaimat kedvezőtlenül befolyásolhatják.

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.

4. Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem el¹:

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:

.....
kezelő orvos aláírása

.....
*a beteg vagy törvényes képviselőjének
aláírása*

Lakcíme:

.....

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