

Beleegyező nyilatkozat művese kezeléshez

Alulírott _____ (név) _____ (szül.idő)
tanusítom, hogy engem kezelőorvosom Dr. _____ kellő
mértékben felvilágosított az alábbiakról:

Betegségem: A veseműködés elégtelensége.

A javasolt gyógymód: Géppel történő művi méregtelenítés (hemodialízis). Helyette más gyógyszeres és diétás kezelés már nem alkalmazható.

A vese működésképtelenné vált, a mérgező salakanyagokat és a folyadékot már nem tudja kellő mértékben eltávolítani, ezért szükséges a vér gépi úton történő tisztítása és a megtisztult vérnek a szervezetbe történő visszavezetése. A beteget megszűrva a műanyag vezetéken keresztül kiszivattyúzott vér keresztül megy a tisztító rendszeren és a megtisztult vért az épályába visszavezetjük. A kezelést szakképzett nővér, speciális szakorvos felügyelete mellett végezzük. A méreg eltávolítása szűrő (dializátor) segítségével történik.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is a beavatkozás következtében az alábbi szövődmények ritkán, de előfordulhatnak: Fejfájás, hányinger, hányás, izomgörcs, mellkasi fájdalom, allergiás reakciók, vérnyomás ingadozás.

Amennyiben ezt a beavatkozást elutasítom, tudomásul veszem, hogy helyettesítésére a hasúri dialízis szolgálhat. Amennyiben ezt a beavatkozást is visszautasítom, tudomásul veszem, hogy állapotomban rosszabbodás következik be, ami rövid időn belül halálomhoz vezethet. Ez esetben az orvosokat a felelősség alól felmentem.

A szóbeli felvilágosítás és a fentiek figyelembevételével a dialíziskezelésbe

beleegyezem*

nem egyezem bele.*

.....
(beteg aláírása)

.....
(orvos aláírása és ph)

Dátum: _____

* a nem kívánt törlendő