

Beleegyező nyilatkozat aferesis kezeléshez

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

Betegségem: _____

A javasolt gyógymód: Géppel történő művi vérplazma cseréje. Helyette más
gyógyszeres és diétás kezelés már nem alkalmazható.

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

Amennyiben ezt a beavatkozást elutasítom, tudomásul veszem, hogy
helyettesítésére a manuálisan végzett vér centrifugálása és a vörösvértestek
visszaadása 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 az aferesiskezelésbe

beleegyezem*

nem egyezem bele.*

.....
(beteg aláírása)

.....
(orvos aláírása és ph)

* a nem kívánt törlendő

Dátum: _____
