

BETEGFELVILÁGOSÍTÁSI- ÉS HOZZÁJÁRULÁSI NYILATKOZAT

Alulírott #!NEV;, TAJ: #!TAJ; lakcím: #!BIRSZAM; #!BVAROS;, #!BUTCA; szám alatti lakos, az alábbi nyilatkozatot teszem:

Tudomásul veszem, és hozzájárulok, hogy más emberekt l levett, a szakmai szabályok szerint kivizsgált és kezelt vérkészítményt juttatnak szervezetembe. VÉRÁTÖMLESZTÉSRE azért van szükség, mert szervezetemben az életemet veszélyeztet mértékben kevés van valamelyik véralkotórész b l, és azt más módon pótolni jelenleg nem lehet.

Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás az el nyök mellett hátrányokkal is járhat az egészségi állapotra vonatkozóan. A bevitt idegen sejtek sohasem azonosak teljes mértékben a sajátjával, ezért azokat a szervezet els sorban lázzal, vesem ködési zavarokkal, allergiás b rjelenségekkel és más nemkívánatos reakciók kíséretében kivetheti magából, annak ellenére is, ha a vérátömlesztés el tt el írt, szabályszer en elvégzett el zetes laboratóriumi vizsgálatok során erre a lehet ségre eredmény nem utal. Ennek tényleges valószínű sége jelenlegi ismereteink szerint kevesebb, mint egy százalék.

Tudomásul veszem, hogy a vérátömlesztéssel az el írt vizsgálatok negatív eredménye ellenére is fert zés, különösen fert z májgyulladás kórokozóját lehet átvinni. Ennek tényleges valószínű sége jelenlegi ismereteink szerint százezer vérátömlesztés b l legfeljebb egy.

A fentiek r részletesen, személyre vonatkozóan, közérthet szóhasználattal személyesen felvilágosított:

#!FFELVORVPROP(3); #!FFELVORVPROP(1);

Kelt: #!KORHCIMVAROS;, #!AKTDATUMHONAPNEVEL;

a beteg aláírása

Tanúk:

Név / Lakcím

Név / Lakcím