

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT KEMO-/IMMUNTERÁPIÁS KEZELÉSHEZ

A beteg adatai

Név:.....

Születési dátum:.....

TAJ:.....

Lakcím:.....

Az onko team döntése alapján beleegyezésemet adom, hogy betegségem miatt kemo-/immunterápiás kezelésben részesítsenek.

Tanusítom, hogy Dr. kellő mértékben felvilágosított a kemo-/immunterápiás kezelésről.

Tudomásul veszem, hogy a kemo-/immunterápiának lehetnek szövődményei, melyekről kezelőorvosom teljeskörű tájékoztatást adott.

Lehetséges szövődmények: hányinger, hányás, hajhullás, hasmenés, bőrtünetek, kéz-és lábzsibbadás, izomfájdalom, visszaszoríthatja a normális csontvelő működést, sejtszám csökkenés, vérlemezkeszám csökkenés, vérszegénység, nyálkahártyagyulladás, fertőzés, máj-, vese-, szívfunkciós zavar, vénagyulladás

Tudomásul veszem, hogy kezelőorvosom minden lehetséges eszközzel segít a szövődmények megelőzésében, megszüntetésében, ezek jeletkezéséért a kezelőorvosomat felelősség nem terheli.

Beteg aláírása:.....

Orvos aláírása:.....

Dátum:.....