



**BUDAPESTI PÉTERFY SÁNDOR UTCAI
KÓRHÁZ-RENDELŐINTÉZET**

✉: 1076 BUDAPEST, PÉTERFY SÁNDOR UTCA 8-20

☎: 06-1-461-4700

@: PETERFY@PETERFYKH.HU



Beleegyező nyilatkozat művese kezeléshez

Alulírott(név).....(szül. idő) tanúsítom, hogy engem

dr.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 érpályába visszavezetjük. A kezelést szakképzett nővér, speciális szakorvos felügyelete mellett végezzük. A mérreg 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.

Szóbeli felvilágosítás és a fentiek figyelembevételével a szisztémás thrombolyticus kezelésbe.

Beleegyezem *

Nem egyezem bele*

Kelt: Budapest, 20.....

.....
beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

(rokonsági fok:)

.....
az orvos aláírása

Tanúk:

1. Név:

2. Név: