

NYILATKOZATMINTA CSELEKVŐKÉPTELENSÉG ESETÉRE VONATKOZÓ ELŐZETES EGÉSZSÉGÜGYI RENDELKEZÉSHEZ

Kérjük, hogy kitöltés esetén vegye figyelembe az alábbi információkat, és javasoljuk, hogy konzultáljon orvosával.

A jelen mellékletben található előzetes egészségügyi rendelkezésben az 1997. évi CLIV. törvény alapján azokra az esetekre vonatkozik az életmentő, életfenntartó kezelések visszautasítása, ha

- a. a beteg olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – halálhoz vezet és gyógyíthatatlan¹

vagy

- b. a beteg gyógyíthatatlan betegségben szenved és betegsége következtében önmagát fizikailag ellátni képtelen, illetve fájdalmai megfelelő gyógykezeléssel sem enyhíthetők.²

A rendelkezés cselekvőképes állapotban tehető meg, és csak a rendelkező személy cselekvőképtelen állapota esetén lép hatályba. Formája kizárólag közjegyzői okirat lehet.³

Ezt a rendelkezést a beteg a későbbiekben, amíg képes rá, bármikor, bármilyen módon –akár szóban is – visszavonhatja.

A helyettes döntéshozó az a cselekvőképes személy, akit a rendelkező jelöl ki azért, hogy későbbi cselekvőképtelensége esetén helyette az ellátás visszautasításának jogát gyakorolja.⁴ A helyettes döntéshozót a közjegyzői okiratban kell megnevezni.

Összeállította:
Életvégi Döntések Munkacsoport 2018

¹1997. évi CLIV. tv. 20. § (3) bekezdés

²1997. évi CLIV. tv. 22. § (1) c) szakasz

³117/1998. (VI. 16.) Korm. rendelet 11. § (2)

⁴1997. évi CLIV. tv. 22. § (2) bekezdés

**NYILATKOZATMINTA CSELEKVŐKÉPTELENSÉG ESETÉRE VONATKOZÓ
ELŐZETES EGÉSZSÉGÜGYI RENDELKEZÉSHEZ**

	egyres egészségügyi ellátások elutasításáról / igénybevételeéről
	helyettes döntéshozatalról

az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 22. §-a és a
117/1998. (VI. 16.) Korm. rendelet alapján

SZEMÉLYES ADATOK

Alulírott

Családi és utónév:

Születési családi és utónév:

Születési hely, idő:

Anyja neve:

mint egészségügyi ellátással összefüggésben nyilatkozatot tevő, betegségem, illetve balesetem során az alábbiak szerint járulok / nem járulok hozzá az alábbi eljárások alkalmazásához.

EGYES EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSOK ELUTASÍTÁSA / IGÉNYBEVÉTELE

Betegségem vagy súlyos balesetem esetén a következő diagnosztikus és/vagy terápiás eljárásokat az alább megadott kéréseim szerint alkalmazzák:

KARDIOPULMONÁLIS ÚJRAÉLESZTÉS (CPR)		hozzájárulok
		nem járulok hozzá

GÉPI (MESTERSÉGES) LÉLEGEZTETÉS		minden formájához hozzájárulok
		nem járulok hozzá a lélegeztető cső vagy tubus használatát igénylő gépi lélegeztetéshez*
		nem járulok hozzá a gépi lélegeztetés egyik formájához sem*
		a már megkezdett gépi lélegeztetés leállítását kérem*

* Agépi lélegeztetés elutasítására, és a már megkezdett gépi lélegeztetés leállítására vonatkozó rendelkezések együtt is megjelölhetők.

DIALÍZIS (MŰVESE KEZELÉS)		hozzájárulok
		nem járulok hozzá*
		a már megkezdett dialízis leállítását kérem*

* A dialízis elutasítására, és a már megkezdett dialízis leállítására vonatkozó rendelkezések együtt is megjelölhetők.

MESTERSÉGES TÁPLÁLÁS		valamennyi formájához hozzájárulok
		nem járulok hozzá a vénán keresztül történő (parenterális) tápláláshoz
		nem járulok hozzá a szondán keresztül történő (enterális) tápláláshoz
		nem járulok hozzá egyik formájához sem

MESTERSÉGES FOLYADÉKPÓTLÁS (INFÚZIÓS KEZELÉS)		hozzájárulok
		hozzájárulok, de csak tüneteim enyhítése céljából
		nem járulok hozzá

MŰTÉTI BEAVATKOZÁSOK		hozzájárulok, de csak a tüneteim enyhítése céljából
		nem járulok hozzá

VÉR VAGY VÉRKÉSZÍTMÉNY ADÁSA		hozzájárulok, de csak a tüneteim enyhítése céljából
		nem járulok hozzá

FÁJDALOM- CSILLAPÍTÁS		hozzájárulok bármilyen formájához, amely fájdalmaimat csillapítja, akkor is, ha a tudatom tisztaságát befolyásolja
		hozzájárulok, de kizárólag olyan módokon, amelyek mellett tiszta tudatom megtartható
		nem járulok hozzá

NYUGTATÓSZEREK ADAGOLÁSA		hozzájárulok kínzó tüneteim enyhítése céljából
		hozzájárulok, de kizárólag olyan módokon, amelyek mellett tiszta tudatom megtartható
		nem járulok hozzá

Gyengülő egészségi állapotom esetén az alábbi helyen szeretnék életvégi ellátásban részesülni:

	otthonomban
	otthonomban szakellátás igénybe vételével
	kórházban
	hospice osztályon (amennyiben elérhető)
	egyéb helyen (írja be!)

Kórházba szállításra vonatkozó rendelkezésem:*

	csak akkor vigyenek kórházba, ha tüneteim enyhítése az általam kívánt módon és helyszínen nem megoldható
	semmilyen körülmények között ne vigyenek kórházba

* Ha az ellátás kívánt helyszíne nem kórház vagy hospice osztály.

EGÉSZSÉGÜGYI INFORMÁCIÓKBÓL VALÓ KIZÁRÁS

Az alábbiakban megnevezett személy számára semmilyen egészségügyi információ (pl. betegségek, állapot, kezelések, prognózis) nem adható ki rólam:

Családi és utónév:

Születési családi és utónév:

Születési hely, idő:

Anyja neve:

HELYETTES DÖNTÉSHOZATAL

Hozzájárulok, hogy cselekvőképtelenségem esetén

Családi és utónév:

Születési családi és utónév:

Születési hely, idő:

Anyja neve:

mint helyettes döntéshozó helyettem

	mindazon egészségügyi ellátásokról döntést hozzon, melyekről a <i>Egészségügyi ellátások elutasítása/igénybe vétele</i> c. fejezetben nem rendelkeztem, vagy a rendelkezésből a szándékom egyértelműen nem állapítható meg
	teljes körűen gyakorolja az egészségügyi ellátással kapcsolatos döntések jogát.

Nem járulok hozzá, hogy cselekvőképtelenségem esetén az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 16. § (2) bekezdése által felhatalmazott személyek közül

Családi és utónév:
Születési családi és utónév:
Születési hely, idő:
Anyja neve:

az egészségügyi ellátással kapcsolatos döntéseket hozzon.

ZÁRADÉK

1. Akaratomat annak tudatában nyilvánítottam ki, hogy az általam visszautasított ellátások elmaradása egészségi állapotomban súlyos vagy maradandó károsodást okozhat, illetve életemet jelentősen megrövidítheti, vagy halálomhoz vezethet.
2. Tudatában vagyok annak, hogy jelen nyilatkozatom nem érvényes abban az esetben, ha olyan betegségben szenvedek, amely mások életét, testi épségét veszélyezteti.
3. Tudatában vagyok annak, hogy jelen nyilatkozatom nem érvényes várandósságom esetén, amennyiben képes vagyok a gyermek kihordására.*

* A 3. pont férfi, ill. idős nő esetén törlendő.

AZ ELŐZETES EGÉSZSÉGÜGYI RENDELKEZÉS PÉLDÁNYAI ÉS HOZZÁFÉRHETŐSÉGÜK

Ez a dokumentum példányban készült, ezen példányok az alábbi személyeknél találhatók:

	Előzetes rendelkezést tevő személy
	Családi és utónév: Születési családi és utónév: Születési hely, idő: Anyja neve:
	Közjegyző neve: Pecsétszáma:

Az előzetes egészségügyi rendelkezésről hiteles kiadmány kiadható az alábbi személyek / egészségügyi ellátást végző intézmények/ szolgáltatók részére:

	a rendelkezést tevő személy
	a helyettes döntéshozó
	az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 16. § (2) bekezdése alapján döntésre jogosult személy(ek)
	mindenkori egészségügyi ellátást végző intézmény / szolgáltató

Kelt:

Hely

Dátum

Rendelkező aláírása