SEGÉDLET ELŐZETES EGÉSZSÉGÜGYI RENDELKEZÉS ELŐKÉSZÍTÉSÉHEZ

MAGYAR HOSPICE ALAPÍTVÁNY

KÉSZÜLT: 2018 (Életvégi Döntések Munkacsoport)
FRISSÍTVE: 2025

NYILATKOZATMINTA CSELEKVŐKÉPTELENSÉG ESETÉRE VONATKOZÓ ELŐZETES EGÉSZSÉGÜGYI RENDELKEZÉSHEZ

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

Jelen mellékletben található előzetes egészségügyi rendelkezés az 1997. évi CLIV. törvény alapján azokra az esetekre vonatkozik, 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 gyógyíthatatlan[1], 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 beteg cselekvőképtelen állapota esetén lép hatályba. Formája kizárólag közjegyzői okirat lehet[3]. Jelen segédlet nem közjegyzői okirat, csupán annak tartalmi alapjául szolgálhat, amikor a rendelkező a közjegyző előtt nyilatkozatot tesz.
Ezt a rendelkezést a beteg, 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.

[1] 1997. évi CLIV. tv. 20. § (3) bekezdés
[2] 1997. évi CLIV. tv. 22. § (1) c) szakasz
[3] 117/1998. (VI.16.) Korm. rendelet 11. § (2)
[4] 1997. évi CLIV. tv. 22. § (2) bekezdés

NYILATKOZATMINTA CSELEKVŐKÉPTELENSÉG ESETÉRE VONATKOZÓ ELŐZETES EGÉSZSÉGÜGYI RENDELKEZÉSHEZ

	egyes egészségügyi ellátások elutasításáról / igénybevételéről
	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 ellátásommal összefüggésben nyilatkozatot tevő, betegségem, illetve balesetem során az alábbiak szerint járulok / nem járulok hozzá az alábbi eljárások alkalmazásához.

EGYES GÉSZSÉGÜGYI 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*

* A gépi 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 elsősorban olyan módokon, amelyek mellett tiszta tudatom megtartható
		nem járulok hozzá

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

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

	otthonomban
	otthonomban, szakellátás igénybevételével
	kórházban
	hospice osztályon (amennyiben elérhető)
	egyéb helyen (kérjük írja be ide)

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

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, melyektől a *Egészségügyi ellátások elutasítása / igénybevétele* fejezetben nem rendelkeztem, vagy a rendelkezésből a szándékom egyértelműen nem állapítható meg
	teljes körben gyakorolja az egészségügyi ellátásommal 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 ellátásommal 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 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: