



Ózdi Almási Balogh Pál Kórház
Intenzív Osztály
3600 Ózd, Béke u. 1-3.

ELUTASÍTÓ NYILATKOZAT

Beteg neve:.....TAJ:.....

Születési név:.....Születési idő:.....

Alulírott kijelentem, hogy a rajtam / gyermekemen / hozzátartozómon (a megfelelő rész aláhúzendő)
elvégezni tervezett

-vizsgálatba
-beavatkozásba

JELLENLEG NEM EGYEZEM BELE.

Az Ózdi Almási Balogh Pál Kórház Intenzív Osztály orvosai szóban és írásos ismertető formájában részletesen tájékoztattak a fenti vizsgálat / beavatkozás / (a megfelelő rész aláhúzendő) lényegéről, kockázatairól, esetleges szövődményeiről, elmaradásának következményeiről, az alternatív gyógyítási lehetőségekről. Lehetőségem volt kérdéseket feltenni és azokra kielégítő válaszokat kaptam; további kérdésem nincs.

Fentiek ismeretében, bármiféle fenyegetéstől és kényszersztől mentesen, önszántamból hoztam meg a mai napon döntésemet, amelynek későbbi esetleges megváltoztatására fenntartom a jogot.

.....
a felvilágosítást végző orvos

.....
beteg/törvényes képviselő

.....
tanú (1) aláírása

.....
tanú (2) aláírása

Név:.....

Név:.....

Lakcím:.....

Lakcím:.....

Szem.ig.sz.....

Szem.ig.sz.....

Ózd,év.....hó.....nap.....óra.....perc

Ezen lap egy aláírt példánya a beteg dokumentációjához csatolandó!