

ELLÁTÁS ELUTASÍTÓ NYILATKOZAT

Beteg neve:	
Születési helye, ideje:	
TAJ -száma:	
Törvényes képviselő neve:	

A kezelőorvos részletes felvilágosítása ellenére a beavatkozás elvégzését megtagadom.*

Tudomásul veszem, hogy az elutasított vizsgálatok, beavatkozások, műtétek (gyógykezelések) elmaradásából fakadóan orvosaimat, ápolóimat és a kórházat a későbbiekben semminemű felelősség és esetleges kártérítés nem terheli, továbbá kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült indokolt költségek megtérítésére.

Kellő idő állt rendelkezésemre, hogy szabadon döntsek arról, milyen kezelést, beavatkozást utasítok el.

Elutasító nyilatkozatomat minden kényszertől és befolyástól mentesen adom.

(Ha a beteg olyan kezelést utasít el, amelynek elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be, illetve írásképtelenség esetén az elutasító nyilatkozatot két tanúnak az aláírásával is hitelesíteni kell.)

Kelt: Ózd, _____

Kezelőorvos aláírása, P.h.

Beteg aláírása

Tanúk:

Név:

Sz.ig.szám:

Lakcím:

Aláírás:

Név:

Sz.ig.szám:

Lakcím:

Aláírás:

*(Cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképese személy esetén nem alkalmazható.)