

## Felelősségi nyilatkozat

Beteg neve: @@**páciens\_neve** Születési neve: @@**születési\_neve**  
Anyja neve: @@**anya\_neve**  
Született: @@**pac\_szul\_hely** @@**szüldátum**  
Lakcím: @@**áll\_irányítószám** @@**áll\_település** @@**áll\_utca\_házzsám**  
TAJ száma: @@**taj\_maskszam**  
Térítési kategória: @@**megj\_térkat**  
Törzsszám: @@**fekv\_torzsszam**

Alulírott felelősségem tudatában kijelentem, hogy a kezelő orvosomtól az állapotomra vonatkozó teljes és részleges felvilágosítást megkaptam. Kérdéseimre választ kaptam. Tudomásul veszem, hogy a kezelő orvosom javaslata alapján további vizsgálatokra, megfigyelésre, szükség esetén kórházi kezelésre lenne szükségem. Ennek elutasítása esetén szövődmények, komplikációk, esetleg maradandó egészségkárosodás, legsúlyosabb esetben halál is felléphet. Mindezekről részletes tájékoztatást kaptam. Mindezek ellenére a felajánlott vizsgálatokat, megfigyelést, kórházi felvételt elutasítom, és a további felelősséget vállalom. Kijelentem, hogy a felmerülő szövődmények, maradandó egészségkárosodás esetén a kezelő orvosommal, valamint az ellátó intézménnyel szemben kártérítési jogorvoslattal nem élek.

Gyermekeimet megfelelő felvilágosítás után, orvosi tanács ellenére saját felelősségemre hazavittem.

Salgótarján, @@**sys\_dátum\_hosszú\_idő**

Szülő (gyám): \_\_\_\_\_

Felvilágosító orvos: \_\_\_\_\_  
@@**megj\_kezorv\_név**

Tanúk:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_