

Nyilatkozat kórházi kezelés elutasításáról

Beteg neve: @@paciens_neve Születési neve: @@születési_neve
Anyja neve: @@anya_neve
Született: @@pac_szul_hely @@szüldátum
Lakcím: @@áll_irányítószám @@áll_település @@áll_utca_házzám
TAJ száma: @@taj_maskszam

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.

Kelt, Salgótarján, @@sys_dátum_hosszú_idő

Tanu: _____
Tanu: _____

@@paciens_neve

Trv. képviselő: -----