

ELLÁTÁST VISSZAUTASÍTÓ NYILATKOZAT

Név: #!NEV; TAJ: #!TAJ;

Az egészségügyi törvény lehetővé teszi számomra, hogy a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály szakorvosa által javasolt gyógykezelést (gyógykezeléseket) visszautasíthassam.

Döntésemet annak tudatában hozom, hogy jelenlegi egészségügyi állapotomról felvilágosítást kaptam, a javasolt kezelések elmaradásából várható egészségügyi károsodás veszélyeivel tisztában vagyok, esetleges alternatív megoldás lehetőségéről tájékoztattak.

Részletes anamnézis:

Kórházi kezelést indokló diagnózis:

Ajánlott gyógymód:

Mindezek ismeretében felelősségem teljes tudatában aláírással igazolom, hogy az ellátást saját akaratomból visszautasítom.

Miskolc,év.....hónap.....nap

.....
Beteg olvasható aláírása

.....
vagy a Törvényes képviselő aláírása

Beteg neve:

Születési ideje:

Születési helye:

Lakcíme:

Törv.képv. neve:

Születési ideje:

Születési helye:

Lakcíme:

Felvilágosítást adó orvos:

.....
(1) Tanú aláírása

.....
(2) Tanú aláírása

(1) Tanú neve:

Születési dátum:

Lakcím:

.....

(2) Tanú neve:

Születési dátum:

Lakcím:

.....