



KEZELÉST VAGY MŰTÉTET VISSZAUTASÍTÓ NYILATKOZAT

A kezelőorvos által javasolt és tervezett műtétbe, illetve orvosi beavatkozásba nem egyezem bele, még ha ez a visszautasítás az egészségemet vagy akár életemet is veszélyezteti.

Mindezt felelősségem teljes tudatában jelentem ki, annak ellenére, hogy orvosaim személyes megbeszélés során a kezelés elmaradásának káros következményeiről, hátrányairól tájékoztattak.

A kezelés visszautasítása miatt várhatóan kialakuló nem kívánt mellékhatás, vagy egészségkárosodás kialakulásának felelőssége alól az orvosokat, és az intézetet felmentem.

Tudomásul veszem, hogy a visszautasításra vonatkozó nyilatkozatomat bármikor alaki kötöttség nélkül visszavonhatom. A felvilágosítást megértettem.

Visszautasítom a felajánlott:

*kezelést/kivizsgálást**

*műtétet**

*vérkészítmény adását **

(a-gal jelölt rész megfelelően aláhúzendó)*

Budapest, év hónap nap

.....
A felvilágosítást végző orvos aláírása

.....
A beteg (törv. képv.) aláírása