



VISSZAUTASÍTÓ NYILATKOZAT
egészségügyi beavatkozásra/ellátásra/kezelésre¹ vonatkozóan

Osztály neve:
Beteg neve:
Születési ideje: TAJ száma:

Beteg cselekvőképtelen állapotára tekintettel a Beteg helyett nyilatkozatot tevő személy:
.....

A BETEG KEZELŐORVOSA TÖLTI KI:

Kezelőorvos neve:

A javasolt beavatkozást/ellátást/kezelést indokló diagnózis/betegség megnevezése:

.....

A javasolt beavatkozás/ellátás/kezelés megnevezése:

.....

A javasolt beavatkozás/ellátás/kezelés elmaradásának lehetséges kockázatai a Beteg esetében, a visszautasítás várható következményei:

.....
.....
.....
.....
.....

A fent megnevezett beavatkozásra/ellátásra/kezelésre vonatkozó **egyéni**esített, teljes körű tájékoztatást a betegnek megadtam, kitérve a javasolt beavatkozás/ellátás/kezelés lehetséges veszélyeire, szövődményeire, a javasolt helyett alkalmazható egyéb alternatív lehetőségekre, azok előnyeire, hátrányaira, továbbá a javasolt beavatkozás/ellátás/kezelés elmaradásának lehetséges kockázataira, a visszautasítás várható következményeire. A tájékoztatást úgy és olyan mélységig adtam, mely megítélésem szerint a beteg számára szükséges, érthető és a beteg állapotában megfelelő.

Kelt: Budapest,

.....
aláírása, pecsétje

A BETEG TÖLTI KI:

Elismerem, hogy a beavatkozással/ellátással/kezeléssel kapcsolatban egyéniesített, teljes körű szóbeli tájékoztatást kaptam. Elismerem továbbá, hogy egyéniesített, teljes körű szóbeli tájékoztatást kaptam a javasolt beavatkozás/ellátás/kezelés visszautasításával összefüggésben az elmaradás lehetséges kockázatairól, várható következményeiről. A szóban feltett kérdéseimre is megfelelő válaszokat kaptam, azzal összefüggésben további kérdésem nincs.

¹ életfenntartó vagy életmentő beavatkozások visszautasítására nem alkalmazható



Kijelentem, hogy kellően megfontolt, befolyástól mentes, önálló döntésem alapján, a lehetséges következmények és kockázatok ismeretében **nem fogadom el** a fentiekben megjelölt javasolt beavatkozást/ellátást/kezelést.

A javasolt beavatkozás/ellátás/kezelés elvégzésébe nem egyezem bele, még ha annak elmaradása esetén egészségi állapotomban várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be.

Kijelentem, hogy a felajánlott, javasolt beavatkozás/ellátás/kezelés visszautasítása kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért orvosaimat felelősség nem terheli.

Kijelentem továbbá, hogy fenti nyilatkozataim akaratommal mindenben megegyeznek, kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék a tervezett beavatkozás/ellátás/kezelés elfogadásáról vagy visszautasításáról és ezt aláírással is megerősítem.

A beavatkozásra/ellátásra/kezelésre vonatkozó szóbeli tájékoztatás során elhangzottakat megértettem és elfogadom, ezek alapján **jelen visszautasító nyilatkozat útján kifejezetten nem kérem a nevezett beavatkozás/kezelés/ellátás elvégzését.**

Tudomásul veszem, hogy a visszautasításra vonatkozó nyilatkozatomat bármikor alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom.

Kelt: Budapest,

.....
Beteg/Beteg helyett nyilatkozatot tevő személy
aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

Név:
Lakcím:
Aláírás:

Név:
Lakcím:
Aláírás: