
KÓRHÁZI VIZSGÁLATOKAT ÉS BEAVATKOZÁSOKAT ELUTASÍTÓ DOKUMENTUM

Alulírott (beteg neve:) _____ (szül.idő.) _____ a mai napon felvilágosítást kaptam Dr. _____ -től a kórházi kezelésem szükségességéről.

Az orvos ismertetése alapján úgy határozok, hogy az alábbi vizsgálatokba nem egyezem bele és ezt aláírásommal 2 tanú előtt tanúsítom. Megértem, hogy ezzel gyógyulásomat hátráltatom és állapotom bármikor hirtelen rosszabbra, akár életveszélyesre fordulhat a nem megfelelő kezelés hiánya miatt. Ezeket a veszélyeket vállalom. Amennyiben később meggondolom magam, úgy jelzem kezelőorvosom felé, hogy elbírálják a további kezelés szükségességét.

Vizsgálatok: _____

Kazincbarcika, _____

Beteg aláírása: _____

Beteg lakcíme: _____

Ezen írás feletti részt a beteg tölti ki !

Tanú 1:

Tanú 2:

Név: _____

Név: _____

Lakcím: _____

Lakcím: _____

Kezelőorvos neve: _____

A fentieket a beteg és tanúk előttem töltötték ki, a megállapítást tudomásul veszem, ezt a kórlaphoz csatolom.

