

**KÓRHÁZI VIZSGÁLATOKAT ÉS BEAVATKOZÁSOKAT ELUTASÍTÓ DOKUMENTUM**

Alulírott (beteg neve:.....(szül. idő.).....a mai napon felvilágosítást kaptam Dr..... -tól 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:**

- |         |         |
|---------|---------|
| 1. .... | 4. .... |
| 2. .... | 5. .... |
| 3. .... | 6. .... |

Kazincbarcika,.....év.....hó.....nap

Beteg aláírása:.....

Beteg lakcíme:.....

Ezen írás feletti részt a beteg tölti ki!

Tanú 1

Tanú 2

Név:.....

Név:.....

Lakcím:.....

Lakcím:.....

.....  
Kezelőorvos

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

