

Kórházi kezelést elutasító dokumentum

Alulírott,.....A mai napon felvilágosítást kaptam
Dr.....-tól a kórházi kezelésem szükségességéről.

Az orvos ismertetése alapján úgy határozok, hogy nem egyezem bele a kórházi kezelésbe 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 megfontolom magam, ismételten jelentkezem, hogy elbírálják a további kezelés szükségességét.

Kazincbarcika,..... évhónapnap

Beteg aláírása:.....

Beteg lakcíme:.....

Beteg szül. ideje:.....

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.

.....
kezelőorvos aláírás

Kazincbarcika,.....év.....hónap.....nap

