



Ózdi Almási Balogh Pál Kórház
Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály
3600 Ózd, Béke u. 1-3.

ELUTASÍTÓ NYILATKOZAT

Beteg neve:.....TAJ:.....

Születési név:.....Születési idő:.....

A kezelőorvos részletes felvilágosítása ellenére a **beavatkozás elvégzését megtagadom**. Tudomásul veszem, hogy az elutasított vizsgálatok, beavatkozások, műtétek, gyógykezelések elmaradásából fakadóan orvosaimat, ápolóimat és a kórházat a későbbiekben semmi nemű felelősség és esetleges kártérítés nem terheli, továbbá kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült indokolt költségek megtérítésére.

Kellő idő állt rendelkezésemre, hogy szabadon döntsek arról, milyen kezelést, beavatkozást utasítok el.

Elutasító nyilatkozatomat minden kényszertől és befolyástól mentesen adom.

(Ha a beteg olyan beavatkozást utasít el, aminek elmaradása az életét veszélyezteteti, vagy aránytalanul súlyos terhet, ill. maradandó károsodást okozhat, az elutasító nyilatkozatot két tanúnak az aláírásával is hitelesíteni kell).

Ózd, 202.....

.....
felvilágosítást végző orvos

.....
beteg olvasható aláírása

.....
vagy a törvényes képviselő aláírása
Törv.képv.neve:
Szül.hely, idő:
Lakcíme:

Az Eü.törv.15.§.(5) bekezdése szerint az intenzív beavatkozáshoz a beteg, írásbeli, vagy – amennyiben erre nem képes – két tanú együttes jelentésében, szóban, vagy más módon megtett nyilatkozata szükséges.

.....
(1) Tanú aláírása
(1) Tanú neve:
Szül.idő:
Lakcím:

.....
(2) Tanú aláírása
(2) Tanú neve:
Szül.idő:
Lakcím: