

## TÁJÉKOZTATÁS ELUTASÍTÓ NYILATKOZAT

Beteg neve:	
Születési helye, ideje:	
TAJ -száma:	
Törvényes képviselő neve:	
Beavatkozás megnevezése:	

Aláírással megerősítve kijelentem, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni, a tájékoztatásról lemondok, a döntéseket a kezelőorvosomra bízom.

Beleegyezem, illetve kérem a fentebb nevezett beavatkozás, illetve a szükségessé váló, elkerülhetetlen beavatkozások elvégzését.

Kelt: Ózd, \_\_\_\_\_

Kezelőorvos aláírása, P.h.

Beteg aláírása

Tanúk:

Név:

Sz.ig.szám:

Lakcím:

Aláírás:

Név:

Sz.ig.szám:

Lakcím:

Aláírás:

\*(Mások egészségének veszélyeztetése.)