

## HELYETTES DÖNTÉSHOZÓ KIJELÖLÉSE

Beteg neve:	
Születési helye, ideje:	
TAJ -száma:	

A) Cselekvőképtelenné válásom esetén az alábbi személy jogosult a beleegyezési, visszautasítási és tájékoztatási jogot gyakorolni:

B) Cselekvőképtelenné válásom esetén a beleegyezési, visszautasítási és tájékoztatási jogot nem gyakorolhatja:

C) Hozzártartozók tájékoztatása:

a. Betegségemről az alábbiakban megnevezett hozzátartozókat teljeskörűen tájékoztassák:

b. Betegségemről az alábbiakban megnevezett hozzátartozókat a következő korlátozással tájékoztassák:

Korlátozás:

Hozzártartozó:

c. Betegségemről az alábbiakban megnevezett hozzátartozókat kérésük ellenére se tájékoztassák:

Kelt: Ózd, \_\_\_\_\_

Beteg aláírása

A nyilatkozat saját kezű aláírását igazolják (írásképtelenség esetén két tanú együttes jelenlétében megtett szóbeli nyilatkozat igazolása):

Név:

Név:

Sz.ig.szám:

Sz.ig.szám:

Lakcím:

Lakcím:

Aláírás:

Aláírás:

*Helyettes személy meg nem jelölése esetén az alábbi jogszabályi sorrend érvényesül:*

*1. törvényes képviselő; beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképessé: 2. házastársa, 3. gyermeke, 4. szülője, 5. testvére, 6. nagyszülője, 7. unokája. A felsorolt hozzátartozó hiányában a beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképessé 1. gyermeke, 2. szülője, 3. testvére, 4. nagyszülője, 5. unokája.*