

ELLÁTÁST VISSZAUTASÍTÓ NYILTAKOZAT

Alulírott (név) (szül. idő)
kijelentem, hogy dr. (orvos neve) engem, illetve hozzátartozómat
(..... név, szül. idő,
rokonsági fok) a következők szerint kellő mértékben és módon tájékoztatott:

**Az egészségügyi törvény lehetővé teszi számomra, hogy a
Sürgősségi Balesetsebészeti járóbeteg ellátás orvosai által javasolt gyógykezelést
(gyógykezeléseket) visszautasíthassam.**

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek és válasszak a megismert kezelések közül.

Tájékoztattak arról, hogy szakszerű, a szakma szabálya szerinti gyógykezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják.

Tájékoztattak arról, hogy a kórházi kezelés (kivizsgálás, gyógyszeres kezelés, műtét, egyéb fent részletezett kezelés) elutasítása, a gyógykezelés megszakítása, illetve annak meghatározott vagy meghatározatlan idejű halasztása kockázattal jár.

Megértem és tudomásul veszem azt is, hogy kivizsgálásom és kezeléseim során tanulónővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármikor a felajánlott kezeléseket elutasítására. Ez esetben a kezeléseim során, a visszautasítás kapcsán jelentkező következményekért, szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akik az elutasítást követő további kezeléseim során kezelésben részt vettek, akik javaslatát, illetve ajánlott kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

Ezen nyilatkozat aláírásával ***nem egyezem bele és nem kérem***

a Sürgősségi Balesetsebészeti járóbeteg ellátás orvosai által javasolt gyógykezelést (gyógykezeléseket).

Nyilatkozatomat a tájékoztatás megértése alapján minden kényszerből és befolyástól mentesen adom.

Szombathely, 20 év hó nap óra perc

.....
orvos aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

.....
Tanú 1.

.....
Tanú 2.