

**EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁST VISSZAUTASÍTÓ NYILATKOZAT**

(cselekvőképes beteg kíván visszautasítani olyan ellátást, amelynek elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be. Eütv. 20.§ (2) bekezdés)

**Alulírott**

Név: .....  
Születési név: .....  
Születési hely és idő: .....  
Anyja neve: .....  
TAJ szám: .....  
Lakcím: .....  
Telefonos elérhetőség: .....

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény lehetőséget biztosít arra, hogy az ellátást, a kezelőorvos által javasolt gyógykezelést (gyógykezeléseket) visszautasíthassam.

Jelenlegi egészségügyi állapotomról, a diagnózisról és az ajánlott gyógymódról, gyógykezelésről az alábbiak szerint tájékoztatást kaptam a Borsod-Abaúj-Zemplén Vármegyei Központi és Egyetemi Oktatókórház ..... Osztály szakorvosa/orvosa által:

**Részletes anamnézis:** .....

**Kórházi kezelést indokoló diagnózis:** .....

**Ajánlott gyógymód, gyógykezelés (részletesen):** .....

**Egyéb alternatív kezelési mód:**

**A gyógykezelés elmaradásának következményei:** ....., ....., **halál**

Nyilatkozom, hogy az egészségügyi ellátás visszautasítására irányuló jogom gyakorlását megelőzően ismételten részletes tájékoztatást kaptam a fenti tartalommal döntésem várható következményeiről illetőleg e jog gyakorlásának feltételeiről.

Mindezek ismeretében felelősségem teljes tudatában és cselekvőképességem birtokában aláírással igazolom, hogy a fekvőbeteg gyógyintézetben történő kezelésemet és ezzel egyidejűleg a ..... diagnosztikus és /vagy terápiás ellátást/kezelést saját akaratomból ..... napjától **visszautasítom.**

Döntésemet annak tudatában hozom, hogy jelenlegi egészségügyi állapotomról részletes felvilágosítást kaptam, a javasolt kezelések elmaradásából várható egészségügyi károsodás veszélyeiről szóban is és írásban is tájékoztatást kaptam, azzal tisztában vagyok, az esetleges alternatív megoldás lehetőségéről tájékoztattak.

Jelen nyilatkozatot annak kifejezett tudatában és ismeretében teszem, hogy az általam visszautasított ellátások elmaradása egészségi állapotomban súlyos vagy maradandó károsodást okozhatnak, életemet jelentősen megrövidíthetik, halálhoz vezethetnek. Jelen nyilatkozat nem érvényes abban az esetben, ha olyan betegségben szenvedek, amely mások életét, testi épségét veszélyezteti.

Tudomásom van arról, hogy jelen nyilatkozatomat bármikor, alaki kötöttség nélkül, akár szóban is visszavonhatom.

Miskolc, ..... év ..... hónap ..... nap

.....  
Beteg olvasható aláírása

A beteget teljes körűen tájékoztattam, a kért felvilágosítást megadtam. A beteg cselekvőképességével kapcsolatban pszichiáter szakorvos igénybevételét szükségesség tevő kétség nem merült fel/a beteg cselekvőképességét pszichiáter szakorvos igazolta.\*

*\*megfelelő aláhúzendó*

Felvilágosítást adó orvos neve: .....

Aláírása: ..... Orvosi Pecsét: .....

### **Előttünk mint tanúk előtt:**

.....  
Tanú aláírása

.....  
Tanú aláírása

Tanú neve: .....

Tanú neve: .....

Születési neve: .....

Születési neve: .....

Lakcím: .....

Lakcím: .....

Személyi igazolvány szám: .....

Személyi igazolvány szám: .....