

**NYILATKOZAT A VIZSGÁLATBA /KEZELÉSBE/TOVÁBB UTALÁSBA TÖRTÉNŐ BELEEGYZÉS
MEGTAGADÁSA ESETÉRE**

Aláírással megerősítve tanúsítom, hogy a kezelőorvos által javasolt vizsgálatba/kezelésbe/tovább utalásba (a kívánt rész aláhúzandó), amely:
..... nem egyezem bele.

A vizsgálattal kapcsolatos tájékoztatást megkaptam, megértettem, tudomásul vettem és a felmerülő kérdéseimet föltehettem, melyekre kielégítő választ kaptam.

Tudomásul veszem, hogy vizsgálat/kezelés/tovább utalás elmaradásának kockázatai vannak, hátráltathatja a betegségem kórisméjének felállítását / a kezelésem eredményességét. Kijelentem, szabadon dönthettem a vizsgálatba/kezelésbe/tovább utalásba való beleegyezés megtagadásáról.

.....

kezelőorvos aláírása

.....

a beteg v. törv.képv. aláírása +

.....

tanú aláírása

.....

tanú aláírása

+ Korlátozottan cselekvőképese, ill. cselekvőképtelen beteg esetén a nyilatkozatot a törvényes képviselő adja.