



**Észak-Közép-budai Centrum  
Új Szent János Kórház és Szakrendelő**

\*\*\*\*\* Osztály

**Osztályvezető főorvos: Dr. \*\*\*\*\***

**1125 Budapest, Diós árok 1-3.**

Telefon: 458-4500, Fax: 458-4656, Internet: www.janoskorhaz.hu

---

**KEZELÉST VAGY MŰTÉTET VISSZAUTASÍTÓ NYILATKOZAT**

A beteg neve:

Születési dátuma:

TAJ száma:

A kórházi kezelést indokló betegsége:

A tájékoztatást adó orvos neve:

A beavatkozás (ill. műtét) megnevezése:

A beavatkozás (ill. műtét) célja:

A beavatkozást (ill. műtétet) végző orvos neve:

A kezelőorvos által javasolt és tervezett műtétbe, illetve orvosi beavatkozásba nem egyezem bele, még ha ez a visszautasítás az egészségemet vagy akár életemet is veszélyezteti.

Mindezt felelősségem teljes tudatában jelentem ki, annak ellenére, hogy orvosaim személyes megbeszélés során a kezelés elmaradásának káros következményeiről, hátrányairól tájékoztattak.

A kezelés visszautasítása miatt várhatóan kialakuló nem kívánt mellékhatás, vagy egészségkárosodás kialakulásának felelőssége alól az orvosokat, és az intézetet felmentem.

Tudomásul veszem, hogy a visszautasításra vonatkozó nyilatkozatomat bármikor alaki kötöttség nélkül visszavonhatom. A felvilágosítást megértettem.

***Visszautasítom a felajánlott:***

***kezelést/kivizsgálást\****

***műtétet\****

***vérkészítmény adását \****

*(a\*-gal jelölt rész megfelelően aláhúzendó)*

Budapest, \*\*\*\*\_\*\*\_\*\*.

---

**A felvilágosítást végző orvos aláírása**

---

**A beteg (törv. képviselő) aláírása**