



**BUDAPESTI PÉTERFY SÁNDOR UTCAI KÓRHÁZ-  
RENDELŐINTÉZET**  
SÜRGŐSSÉGI BETEGELLÁTÓ OSZTÁLY ÉS  
KLINIKAI TOXIKOLÓGIA  
OSZTÁLYVEZETŐ FŐORVOS: DR. ELEK ISTVÁN  
1074 BUDAPEST, ALSÓERDŐSOR U. 7.  
TEL.: 06-1-321-5215; FAX: 322-9460



## **Nyilatkozat – Saját felelősségről**

Alulírott (név):.....szül.idő:.....(TAJ szám):.....nyilatkozom,  
hogy a..... kezelőorvos által feljánlott.....kórházi  
kezelést, a részletes orvosi felvilágosítást követően, orvosi tanács és utasítás ellenére nem kívánom igénybe  
venni. Kérdéseimre teljes körű felvilágosítást kaptam, ennek tudatában, saját felelősségemre távozom az  
intézményből. Részletes felvilágosítást kaptam a konzultáció során a fenti kezelés elmaradásának káros ...  
következményeiről, hátrányairól (például:.....), valamint arról,  
hogy jelen nyilatkozatom bármikor visszavonhatom.

A felvilágosítás tartalma az alábbi volt:

### **szükséges ellátás:**

.....  
.....  
.....  
.....

### **ellátás elmaradásának lehetséges következményei, hátrányai:**

.....  
.....  
.....  
.....

### **Beteg által feltett kérdések:**

.....  
.....  
.....  
.....

### **Beteg kérdéseire adott válaszok:**

.....  
.....  
.....  
.....

Tudomásul veszem, hogy döntésem következtében a kezelés elmaradása az életemet, testi épségemet  
veszélyezteteti és ezért az egészségügyi intézményt, valamint az ellátó személyzetet semmilyen felelősség  
nem terheli.

Kijelentem, hogy fentieket megértettem, ennek ellenére nem kívánom igénybe venni az ellátást jelenleg.  
További kérdésem nincs az egészségügyi ellátóhoz.

Kelt: Budapest, 20.....

.....  
beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

.....  
az orvos aláírása

(rokonsági fok: .....)

Tanúk:

1. Név: .....

2. Név: .....

Cím: .....

Cím: .....