



DECLARAȚIE REFUZ TRATAMENT

Subsemnatul(a), legitimat(ă) cu BI/CI, seria, nr., pacient(ă) internat(ă) în cadrul compartimentului

sau

Subsemnatul(a)....., legitimat(ă) cu BI/CI, seria, nr., în calitate de părinte / reprezentant legal / tutore al pacientului(ei), legitimat(ă) cu BI/CI, seria, nr., pacient(ă) internat(ă) în cadrul compartimentului

am luat cunoștință de riscurile și eventualele efecte adverse datorate neefectuării următoarelor proceduri / analize

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

... **Mi s-au explicat consecințele refuzului și am semnat în deplină cunoștință de cauză, asumându-mi toate riscurile.**

În consecință și în condițiile precizate, îmi dau liber(ă) și în cunoștință de cauză, prezenta declarație.

Certific că am citit, înțeles și accept pe deplin cele de mai sus și ca urmare semnez prezenta declarație

Semnătura pacientului(ei) / reprezentantului legal

.....

data: ____/____/____/