



# ENTLASSUNGSGENEHMIGUNG GEGEN ÄRZTLICHEN RAT

## VOM ARZT AUSZUFÜLLENDER ABSCHNITT

Ich, der/die Unterzeichnete, Frau, Herr:....., tätig in der Abteilung ..... im Klinikzentrum Périgueux, bestätige, dass Frau, Herr (Name, Vorname, Geburtsdatum):

..... die angebotene Behandlung ablehnt und erklärt, die Einrichtung endgültig verlassen zu wollen. Ich habe den Patienten (die Patientin) eindeutig, ausführlich und in verständlicher Weise über die medizinischen Risiken informiert, denen er (sie) sich aussetzt, und therapeutische Alternativen erläutert.

➤ Beschreibung des Gesundheitszustands des Patienten:.....

➤ Vom Arzt angebotene Behandlung: :.....

➤ Medizinische Risiken in Verbindung mit der vorzeitigen Entlassung des Patienten:.....

➤ Sonstige Einzelheiten zu den besprochenen Informationen (Angebot eines Nachsorgetermins, gegebenenfalls bei einem anderen Arzt, Angebot der Verlegung in eine andere Einrichtung, Angebot einer Bedenkzeit): .....

Datum:

Unterschrift des Arztes:

Uhrzeit:

## VOM PATIENTEN AUSZUFÜLLENDER ABSCHNITT:

Ich, der (die) Unterzeichnete Frau, Herr:

....., derzeit in stationärer Behandlung im Klinikzentrum Périgueux lehne die von Dr.....angebotene Behandlung ab und erkläre meinen Wunsch, die Einrichtung zu verlassen.

Ich bestätige, dass ich eindeutig, ausführlich und in verständlicher Weise über die medizinischen Risiken in Verbindung mit dieser Entlassung gegen ärztlichen Rat informiert wurde.

Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Entscheidung auf meinen eigenen Wunsch und gegen den Rat des Arztes erfolgt. Aus diesem Grund entbinde ich den Arzt und die Klinik von jeder Verantwortung und von allen Folgen, die sich aus meiner Entscheidung ergeben könnten.

Mir ist bewusst, dass ich trotz der Unterzeichnung dieses Dokuments in die Klinik zurückkehren kann, wenn ich es wünsche, und dass mir dies nachdrücklich empfohlen wird, wenn ich Fragen oder irgendein Problem habe.

Datum:

Unterschrift des Patienten (oder des gesetzlichen Vertreters):

Uhrzeit:

Bei Verweigerung der Unterschrift durch den Patienten:

Name und Unterschrift eines Zeugen, der Mitglied des Klinikpersonals ist :

Die Originalausfertigung ist in der Patientenakte aufzubewahren.

1 Kopie ist dem Patienten auszuhändigen.

1 Kopie ist an den Hausarzt zu senden.