# KEZELÉST VISSZAUTASÍTÓ NYILATKOZAT

**Név: …….**

**Születési idő: …….**

**Lakhely: …….**

Kedves Páciensünk!

Korábban elolvasta és aláírta az általános „**Adatkezelési hozzájáruló nyilatkozat** személyes és egészségügyi adatok, röntgenfelvételek, CT, szájszkenner felvételek, fotók, videók kezeléséhez. Ha esetleg nem, kérje most kollégánktól!

A Egészségügyi törvény lehetővé teszi számomra, hogy a TriDent fogorvosa által javasolt kezelés(ek)et visszautasíthassam. Döntésemet annak tudatában hozom, hogy jelenlegi egészségügyi állapotomról felvilágosítást kaptam, a javasolt kezelések elmaradásából várható egészségügyi kockázatok és károsodás veszélyeivel tisztában vagyok, az esetleges alternatív megoldás lehetőségéről tájékoztattak.

Kórelőzmény:

Diagnózis:

Ajánlott kezelés:

Budapest, 202..... Páciens vagy törvényes képviselő aláírása: ……