

**Vor- und Nachname:**

**Anschrift:**

**Geburtsnummer:**

**Krankenkasse:**

---

## **Vermerk über die Ablehnung der medizinischen Versorgung** REVERS

*Stempel der Arbeitsstelle:*

*Datum:*

*Uhrzeit:*

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich als Patient des vorbezeichneten Krankenhauses die empfohlene medizinische Versorgung ablehne. Ich wurde über meinen gesundheitlichen Zustand sowie über die möglichen gesundheitlichen Folgen meiner Entscheidung wiederholt ausreichend aufgeklärt.

Ich konnte dabei Fragen stellen und meine Fragen wurden beantwortet. Die erhaltenen Informationen habe ich verstanden.

Ich bin mir dessen voll bewusst, dass dieses mein Verhalten meine Gesundheit erheblich schädigen oder mein Leben in Gefahr bringen kann.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich im Bedarfsfall jederzeit ins Krankenhaus zurückkommen kann.

---

Patient/in

---

Name und Unterschrift der Krankenschwester

---

Name und Unterschrift des behandelnden Arztes