

# REVERS

\_\_\_\_\_  
Patient

					T	T	M	M	J	J
--	--	--	--	--	---	---	---	---	---	---

SozVersNr

Ich erkläre hiermit ausdrücklich, über Art und Schwere meiner Erkrankung sowie die allfälligen Folgen einer Nicht- bzw. Weiterbehandlung von

\_\_\_\_\_  
Arzt

ausreichend aufgeklärt worden zu sein und dass ich trotzdem – entgegen dem ärztlichen Rat und auf meinen eigenen Wunsch und meine eigene Verantwortung –

eine weitere Behandlung durch den Arzt ablehne\*,  
eine Überweisung zur stationären Behandlung ablehne\*.

Ich bin mir der Tragweite meiner Entscheidung bewusst. Ein dadurch bedingter ausbleibender oder verlangsamter Genesungs- oder Heilungserfolg bzw. allenfalls auftretende spätere Folgen bzw. Schäden liegen in meiner eigenen Verantwortung und können nicht dem Arzt angelastet werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\* Nichtzutreffendes streichen