



unitate aflată în
PROCES DE ACREDITARE

CICLUL al II-lea

SPITALUL DE PSIHIATRIE CAVNIC CONSILIUL LOCAL CAVNIC

ORAȘ CAVNIC, Strada Unirii nr.4, cod poștal 435300, Maramureș

Telefon 0262295012, fax 0262295785, email spitalcavnic1@gmail.com



Anexa 2

FORMULAR DE REFUZ

Subsemnatul _____ legitimat cu CI/BI seria _____
nr. _____, în calitate de **pacient** internat în secția/compartimentul _____
din **Spitalul de Psihiatrie Cavnice**, sau (în cazul în care pacientul este in incapacitate de a decide) în
calitate de **aparținător** (rudă apropiată sau reprezentant legal) al pacientului

Refuz să urmez indicația medicului de:

Intervenție chirurgicală **Tratament** **Internare** **Transport la altă unitate medicală**

Natura, scopul, momentul adecvat și beneficiile recomandării
de _____

mi-au fost explicate pe înțelesul meu de către Dr. _____

Mi s-au prezentat riscurile asociate, precum și riscurile imprevizibile (inclusiv riscul oricât de mic, de deces), consecințele pe termen scurt sau tardive, pe care le presupune refuzul la momentul adecvat indicat de medic.

Declar că sunt conștient(ă) de aceste riscuri și le accept.

Am avut oportunitatea de a pune întrebări și am fost mulțumit(ă) de răspunsurile și informațiile adiționale care mi-au fost date.

În consecință și în condițiile precizate, imi asum liber și în cunoștință de cauză opțiunea de refuz a _____.

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

Semnătura _____

Data _____

Ora _____

Subsemnații _____ și _____
confirmăm că prezentul formular de refuz a fost completat și semnat în fața noastră, fără ca asupra noastră să se fi exercitat vreo constrângere de orice fel.

Semnătura _____

Semnătura _____

Data _____ Ora _____

Data _____ Ora _____