



# ABLEHNUNGSERKLÄRUNG

## einer ärztlichen Behandlung/ Hospitalisierung

Ich lehne gegen ausdrücklichen ärztlichen Rat folgende Maßnahme/n ab:

---

Ich habe die Gefahr verstanden und wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass meine Hausärztin nicht für gesundheitliche Schäden und finanzielle Folgen haftet, die sich durch mein Verhalten ergeben.

Ort, Datum: .....

.....  
Unterschrift Patient

.....  
Unterschrift Arzt