



NYILATOZAT
helyettes döntéshozó kijelöléséről

Alulírott

(16. életévét betöltött kiskorú személy)

Név:

Születési hely, idő:

Anyja neve:

Lakcím:

TAJ szám:

a saját egészségügyi ellátásommal kapcsolatos döntéshozatal tekintetében – az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) 16. § (1) és (6) bekezdése alapján – **helyettes döntéshozót jelölök ki**, aki a törvényes képviselőm helyett a beleegyezés, illetve a visszautasítás jogát gyakorolhatja, illetve akit az Eütv. 13. § alapján tájékoztatni kell.

A kijelölt helyettes döntéshozó adatai:

Név:

Születési hely, idő:

Anyja neve:

Lakcím:

Jelen nyilatkozat-ig érvényes.

Kelt:, 20 év hó nap

nyilatkozattevő aláírása

Tanú 1

Tanú 2

Név:

.....

Lakcím:

.....

Aláírás:

.....