

**VERKLARING WEIGERING GENEESKUNDIGE VERZORGING
DECLARATION DE REFUS DE L'AIDE MEDICALE
STATEMENT OF REFUSAL OF MEDICAL HELP
VERWEIGERUNG DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG**

Ik, ondergetekende/Je, soussigné/I, the undersigned/Ich, der Unterzeichner

..... woonachtig te/habitant à/living in/wohnend

verklaar uit eigen wil te weigeren/déclare refuser volontairement/declare to refuse voluntarily/erkläre aus eigenem Willen abzulehnen:

- ✓ medische verzorging/l'aide médicale/medical care/medizinische Versorgung;
- ✓ transport in een ziekenwagen/le transport par ambulance/transportation with an ambulance/Transport mit einem Krankenwagen;

ondanks advies van de medisch verantwoordelijke/malgré l'avis du responsable médicale/despite the advice of the medical responsible/trotz der Empfehlung der verantwortlicher Mediziner.

(naam medisch verantwoordelijke invullen)

(NL) Ik erken dat ik op de hoogte werd gebracht van de gevolgen van deze weigering en ik onthef de medische hulpverleners van elke verantwoordelijkheid voor de mogelijke gevolgen van mijn beslissing.

(FR) Je confirme être mis au courant des conséquences de ce refus et je décharge les intervenants médicaux de toute responsabilité pour les conséquences possibles de cette décision.

(E) I acknowledge that I was informed of the consequences of this refusal and I release the medical care providers from any responsibility for the possible consequences of my decision.

(D) Ich bestätige, dass Ich informiert wurde über die mögliche nachteiligen Folgen meiner Entscheidung und Ich entbinde die medizinische Helfer von jeglicher Verantwortung.

Handtekening medisch verantwoordelijke:	Handtekening patiënt of vertegenwoordiger: Signature du patient ou de son représentant: Signature of the patient or his representative: Unterschrift des Patienten oder sein Vertreter:
Datum/date/date/Datum:	

(NL) De getuigen waarvan de handtekening hieronder volgen, verklaren dat de patiënt of zijn vertegenwoordiger geweigerd heeft deze verklaring te ondertekenen.

(FR) Les témoins dont les signatures suivent ci-dessous, déclarent que le patient ou son représentant a refusé de signer cette déclaration.

(E) The witnesses whose signatures follow below declare that the patient or his representative refused to sign this statement.

(D) Die Zeugen deren Unterschriften unten folgen, erklären dass der Patient oder sein Vertreter sich geweigert hat diese Erklärung zu unterschreiben.

Handtekening medisch verantwoordelijke:	De getuige(n) – le(s) témoin(s) – the witnes(ses) – der/die Zeuge(n):
Datum/date/date/Datum:	