



TRANSPORTVERWEIGERUNG

Sehr geehrte(r) Frau/Herr _____
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

Im Rahmen des Rettungsdiensteinsatzes (E.Nr.: _____) wurden Sie durch das Rettungsfachpersonal/Notarzt/Notärztin Frau/Herr _____ beurteilt. Aufgrund der eingeschränkten Untersuchungstechniken und medizinischen Möglichkeiten im Rahmen des Rettungsdienstes kann in der Regel keine abschließende Beurteilung Ihrer Symptome erstellt werden.

Sie wurden **nicht** von einer/m Notärztin/Notarzt beurteilt.

Beim Einsatz wurden folgende Symptome und Befunde festgestellt (siehe dazu das Einsatzprotokoll). Aufgrund der aktuellen Feststellungen können insbesondere folgende Risiken nicht ausgeschlossen werden:

- _____
- _____
- _____

Daher empfehlen sich weitere diagnostische und ggf. therapeutische Maßnahmen durch eine Ärztin/einen Arzt in einer weiterführenden Behandlungseinrichtung. Bei verspäteter Behandlung oder Verzögerung derselben können Risiken nicht ausgeschlossen werden.

Das Angebot des Transportes in eine Notaufnahme / Krankenhaus lehnen Sie trotz erfolgter Aufklärung über auch unbekannte Risiken und der Tatsache, dass Sie mit den eingeschränkten Mitteln des Rettungsdienstes untersucht wurden, ab.

Bitte stellen Sie sich umgehend mit Ihren Beschwerden bei einer Ärztin/einem Arzt zur weiteren Diagnostik vor. Bei Verschlechterung oder erneuten Beschwerden nehmen Sie mit Ihrem Hausarzt Kontakt auf oder rufen Sie zu Ihrer Sicherheit wieder den Notruf 112 an.

Mit Leistung der Unterschrift bestätigt die Patientin/der Patient, dass sie/er trotz vorgenannter Aufklärung die Mitfahrt in eine weiterführende Behandlungseinrichtung unter Inkaufnahme ggf. unbekannter Risiken verweigert.

Ort/Datum/Uhrzeit: _____ / __ . __ . ____ / ____ . ____ Uhr

Patient/in bzw. Bevollmächtigte/r

Zeugen (Name/Unterschrift): _____

Patient verbleibt unter Aufsicht von: _____
 allein.

Rettungsfachpersonal / Notarzt

Die Originale des Einsatzprotokolls und dieses Formulars wurden der Patientin/dem Patienten ausgehändigt.