

Hiermit erkläre ich

(Vor- und Zunamen bitte in Druckbuchstaben angeben)

dass ich am

von einem NOVOTERGUM-Mitarbeiter bzw. vom Rettungsdienst/Notarzt über meine Ver-
letzung aufgeklärt worden bin und eine Beförderung zum/Behandlung im Krankenhaus
entgegen ausdrücklichen Rat ablehne.

Für hieraus entstandene oder noch entstehende Schäden trage ich selbst die Verantwor-
tung.

Ich wurde darüber informiert, dass ich späterhin keinerlei Ersatzansprüche wegen dieser
nicht ausgeführten Krankenförderung/Behandlung und den sich evtl. daraus ergebenden
gesundheitlichen Schäden geltend machen kann.

Ebenfalls wurde mir geraten, zeitnah meinen Hausarzt aufzusuchen.

Datum und Unterschrift Patient

Datum und Unterschrift Zeuge