

## Verzichtserklärung

### Personalien Patienten

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
PLZ, Ort	

Anlass	
Ort und Datum	
Name Samariter 1	
Name Samariter 2	

### Beurteilung

---

---

---

---

### Vom Patienten verweigte Massnahmen / Begründung

---

---

---

---

### Unterschriften

Patient

Samariter