

Hiermit bestätige ich, dass ich,

---

(Name des Arztes oder der Rettungskraft),

die für Frau/Herrn

---

(Name der Patientin/des Patienten)

lebensnotwendige Therapie mit einem Cortisonpräparat trotz bestehender Nebenniereninsuffizienz, vorliegendem Notfallausweis und akuter Verschlechterung des Allgemeinzustandes verweigere.

ggf. Begründung:

---

Datum / Unterschrift