

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház
3526 Miskolc, Szentpéteri kapu 72-76 (3501 Postafiók:188)
SEMELWEIS Pszichoterápia Rehab. Osztály, OEP KÓD: **0563R1802**
Osztályvezető főorvos:

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
Fekvőbeteg, illetve nappali kórházi beteg ellátáshoz

Alulírott **NÉV**, (Születési idő:)

Lakcím:

A részemre elhangzott tájékoztatás alapján kijelentem, hogy kórházi ellátásom idején kizárólag az osztályos kezelőorvosom által kezdeményezett kezeléseket, konzíliumokat veszem igénybe. Kijelentem továbbá, hogy gyógyszerfelírás céljából ez idő alatt a nevemben hozzátartozóm sem veszi igénybe más intézet szakrendelését.

Tudomásul veszem, hogy a fentiekből eredő többletköltségért felelősséggel tartozom.

Miskolc, 2020.

Kezelő orvos aláírása:

.....

beteg olvasható aláírása

.....

vagy a törvényes képviselő aláírása (2)

Beteg neve:

Születési ideje:

Születési helye:

Lakcíme:

Törv. képv. neve:

Születési ideje:

Születési helye:

(2) cselekvőképesség, vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett a törvényes képviselő írhatja alá! Korlátozottan cselekvőképes beteg esetén javasolható a beteg önálló nyilatkozattétele is, ez azonban a törvényes képviselő (hozzátartozó) nyilatkozatát nem pótolja.

Nem kívánt rész törlendő.