

#!KORHNEV;

#!KORHCIM;

Dr. Mándó Zsuzsanna főigazgató

Tel.:#!KORHTEL;

Fax: 83/540-144

e-mail: info@spaheviz.hu



BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Beleegyezem, hogy ellátásom során betegségem megállapításához és gyógyításához szükséges diagnosztikus és terápiás beavatkozásokat (pl. vérvétel, injekció, izületi és nyáktömlő punkció, infúzió, hólyagkatéterezés), elvégezzék.

A beavatkozásról(sokról) az orvos általi szóbeli tájékoztatást megértettem, valamennyi kérdésemre választ kaptam.

Tájékoztatást végző orvos:

.....

(aláírás, pecsét)

Beteg neve:

Születési helye, ideje:

Lakcíme:

TAJ szám:

.....

aláírás

Cselekvőképesség hiánya, vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett CSAK a törvényes képviselő írhatja alá!.

Törv. képv. neve:

Születési helye, ideje:

Lakcíme:

.....

törv.képv.aláírása

A kezelőorvos részletes felvilágosítása –mely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló következményeket is tartalmazta– ellenére a beavatkozás elvégzéséhez **nem járulok hozzá, az ellátást visszautasítom.**

Beteg neve:

Születési helye, ideje:

Lakcíme:

TAJ szám:

.....

aláírás

Törv. képv. neve

Születési helye, ideje:

Lakcíme:

.....

törv.képv.aláírása

.....

.....

(1) tanú aláírása

tanú neve:

lakcíme:

(2) tanú aláírása

tanú neve:.....

lakcíme:

Dátum: