AMBULÁNS BETEGEK NYILATKOZATA SZEMÉLYES ADATKEZELÉSRŐL

A személyes adataim kezelésére vonatkozó tájékoztatást megértettem, az adatkezeléshez

(kérem aláhúzással jelölje)

hozzájárulok nem járulok hozzá

…….	……..	……
név (nyomtatott)	születési hely, idő	beteg/törvényes képviselő aláírása

Tudnivalók:

- 16 éven aluli beteg nevében csak törvényes képviselő nyilatkozhat.
- Ha a beteg a döntést és/vagy az aláírást megtagadja, ennek ténye a nyomtatványon rögzítésre kerül.
- Döntésképes, de írásképtelen betegnél, ha döntését világosan közölte, azt két munkatárs aláírásával ellátva kerül rögzítésre.

Hévíz, ……..