

NYILATKOZAT**A adatblock**

A beteg neve	
Lakcíme	
Születési hely és időpont	

B adatblock

Kérjük, hogy az alábbi táblázatban az "igen" vagy a "nem" rovatban "X"-szel jelölje, hogy hogyan rendelkezik. Minden kérdésre válaszoljon és mindegyikre csak az egyik oszlopba tegyen jelet.

	igen	nem
Az érdeklődőknek a bennfekvésem tényét és az ápoló osztályom nevét megadhatják		
Az egészségügyi dokumentumaimba a közeli hozzátartozóim betekinhetnek		

C adatblock

Az alábbi rovatokba írja a megfelelő személy nevét, lakcímét és telefonszámát, vagy húzza ki, ha üresen akarja hagyni.

	Név	Lakcím	Telefonszám
A bennfekvésemmel, az állapotommal kapcsolatban kérem értesítsék:			
A tájékoztatás jogáról lemondok, a betegségem részleteiről helyettem tájékoztassák:			

A többi jog (pl. beleegyezés, beavatkozás visszautasítása) gyakorlását átruházni csak hiteles köz- vagy magánokirattal lehet. Erről kérdezze orvosát.

Megjegyzés:

A betegjogi tájékoztatót elolvastam és tudomásul vettem.

.....
aláírás

(a beteg, szülője v. törvényes képviselője)

Dátum: