



**KOMÁROM-ESZTERGOM VÁRMEGYEI
SZENT BORBÁLA KÓRHÁZ
SZEMÉSZETI OSZTÁLY**

2800 Tatabánya, Dózsa Gy. út 77.
Tel.: 34/515-488, Fax: 34/317-025
www.tatabanyakorhaz.hu



BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Beleegyező nyilatkozat a kórházi kezelésbe

Alulírott..... (név),(szül.idő)

.....(TAJ szám) korlátozottan cselekvőképess, vagy törvényes képviselője,

hozzátartozója.....

tanúsítom, hogy engem dr.....a felvilágosító beszélgetés során kielégítően tájékoztattott a tervezett kezelésemről, esetleges további beavatkozások szükségességéről.

Minden, számomra fontos kérdést feltettem a vizsgálat, kezelés jellegére, szükségességére vonatkozóan.

Fenti információk birtokában hozzájárulok kórházi kezelésemhez, a szükséges beavatkozásokhoz, az esetleges szükséges módosításokkal együtt.

Kijelentem, hogy minden előttem ismert betegségemről és panaszomról kezelőorvosomat tájékoztattam.

Tatabánya,

.....
beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

.....
kezelőorvos aláírása

FNY: MEU8204-79/190501