

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

_____ (név) _____ (szül.hely) _____ (an)
_____ sz.alatti lakos beteg nyilatkozom, hogy az
osztály bemutatását követően tájékoztatásban részesültem saját és a Kazincbarcikai
Kórház dolgozóinak jogairól, továbbá az intézmény házirendjéről a felvételemet
végző szakdolgozótól.

A gyógykezelésem alatt a szakdolgozók személyesen és telefonon adhatnak
felvilágosítást ittlétemről és állapotomról.

Igen

Nem

Kizárólag _____ név _____ (cím)
alatti lakosnak adható felvilágosítás.

Beleegyezem, hogy a betegazonosító karszalagot a kezemre
felhelyezzék

Igen

Nem

Az azonosító karszalagot felhelyezte:

d á t u m

aláírás (felelős nővér)

Az azonosító karszalagot eltávolította:

d á t u m

aláírás (felelős nővér)

Az azonosító karszalag alkalmazását elrendelem

d á t u m

aláírás (elrendelő orvos)

Az azonosító karszalag eltávolítható

d á t u m

aláírás (elrendelő orvos)

Kazincbarcika, 20

beteg aláírása

Kiskorú vagy cselekvőképességet
érintő gondnokság alatt álló beteg
esetében a törvényes képviselő
aláírása