



Jelen nyilatkozat elválaszthatatlan részét képezi a beavatkozásra vonatkozó tájékoztató-beleegyező nyilatkozatnak!

## BETEGNYILATKOZAT

<b>A beteg adatai</b>	Korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen beteg törvényes képviselőjének (hozzátartozójának) neve:
Név	
Születés dátuma	
TAJ	

Kérem és hozzájárulok ahhoz, hogy a gyógykezelésemhez szükséges

..... kezelést/beavatkozást, egynapos gasztroenterológiai ellátás keretében végezzék el rajtam. Ennek érdekében nyilatkozom arról, hogy

- lakás- és higiénés körülményeim megfelelőek,
- tartózkodási helyemtől az ellátó egészségügyi intézmény személygépkocsival (mentővel) - átlagos forgalmat figyelembe véve - 30 perc alatt elérhető,
- tartózkodási helyemen telefon biztosított,
- hazaszállításomkor és a tartózkodási helyemen a műtétet követő éjszakán részemre a felügyelet, valamint szükség esetén a megfelelő egészségügyi ellátáshoz jutás lehetősége biztosított,
- hozzájárulok a műtét egynapos sebészeti ellátás formájában történő elvégzéséhez.

Nyilatkozom továbbá arról, hogy a tájékoztatást megkaptam az alábbiakról:

- az ellátás egynapos jellegéről és speciális követelményeiről, a választható egyéb lehetőségekről,
- az egynapos ellátást megelőző és követő vizsgálatok típusairól, időbeliségéről,
- az egynapos ellátást követő speciális követelményekről és lehetőségekről.

Szekszárd, 20\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_.

.....  
beteg aláírása  
vagy a törvényes képviselő aláírása