



FARKASGYEPŐI TÜDŐGYÓGYINTÉZET

H-8582 Farkasgyepű

049/2 hrsz.

Központi telefon: +36 (89) 358-013, Titkárság: +36 (89) 358-001

Fax: +36 (89) 358-088

E-mail: igazgatas@farkasgyepukorhaz.hu

NYILATKOZAT ORVOSI TÁJÉKOZTATÁSRÓL

Beteg neve:.....

Anyja neve:.....

Születési idő:

TAJ:

Lakcím:.....

Tájékoztató törvényes képviselő/ hozzátartozó*

Név: :.....

Hozzá tartozói viszony:.....

Lakcím:.....

Születési idő:

Tájékoztató időpontja:.....

Ezen nyilatkozat aláírásával kijelentem/kijelentjük, hogy a kezelőorvos által a beteg állapotáról, gyógykezeléséről, terápiás lehetőségekről betegségével kapcsolatban teljes körű tájékoztatást kaptam/kaptunk, a feltett kérdéseim/kérdéseink megválaszolásra kerültek.

.....
beteg aláírása

.....
törvényes képviselő/
hozzátartozó
aláírása

.....
orvos aláírása, Ph

*a megfelelő rész aláhúzendó