



Csornai Margit Kórház

9300 Csorna, Soproni út 64

Tel.: 96/590-505 ; Fax: 96/261-378; e-mail. [titkarsag@margitkorhaz.hu](mailto:titkarsag@margitkorhaz.hu)

## NYILATKOZAT

Személyi adatok	
A beteg neve	
Lakcíme	
Születési dátuma	

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!

Hozzájárulás/tiltás	igen	nem
Az intézményben személyesen megjelent vagy telefonon érdeklődőknek (porta, osztály) a bennfekvésem tényét és az ápoló osztályom nevét megadhatják.		
Hozzájárulok ahhoz, hogy az egészségügyi dokumentumaimba közeli hozzátartozóim és törvényes képviselőm(im) betekinthesse(n)k (az erre vonatkozó rendelkezéseknek megfelelően)		
amennyiben <b>nem</b> , az alább megnevezett személy(ek)re fenti korlátozás nem vonatkozik:		

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

Értesítés/tájékoztatás	Név	Lakcím	telefonszám
A tájékoztatás jogáról lemondok, a betegségem részleteiről helyettem tájékoztassák:			
Az _____ állapotommal, bennfekvésemmel kapcsolatban, kérem értesítsék:			

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

Megjegyzés:

**A betegjogi tájékoztatót elolvastam, megértettem és tudomásul vettem.**

.....  
aláírás (a beteg, szülője v. törvényes képviselője)

Csorna, 20.....hó.....nap

**A beteg jelen állapota (eszméletlen, zavart tudat, írásképtelen, analfabéta, belátási képesség hiánya...) miatt ezen nyilatkozatot nem tudta kitölteni:**

.....  
kezelőorvos P.H

Tanúk: 1. ....  
név

2. ....  
név

.....  
lakcím

.....  
lakcím



**Csornai Margit Kórház**

9300 Csorna, Soproni út 64

Tel.: 96/590-505 ; Fax: 96/261-378; e-mail. [titkarsag@margitkorhaz.hu](mailto:titkarsag@margitkorhaz.hu)

## ÁLTALÁNOS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott beleegyezem, hogy kórházi tartózkodásom alatt a kivizsgálásomhoz, illetve gyógykezelésemhez szükséges laboratóriumi vizsgálatokat, általános röntgen, UH vizsgálatokat elvégezzék.

**Beleegyezem, hogy Csornai Margit Kórház a személyes adataimat (különleges adat) az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 Rendeletében (GDPR) – leírtaknak megfelelően kezelje.**

Későbbiek folyamán szükséges kiegészítő vizsgálatokról egyénre szabottan kezelőorvosától tájékoztatást kap.

Csorna, 20.....

-----  
aláírás

Tanúk: 1.....

név

2. ....

név

-----  
lakcím

-----  
lakcím