



# SIKLÓSI KÓRHÁZ NONPROFIT KFT

## KEZELŐLAP KÚRASZERŰ ELLÁTÁS

### 1.Személyi adatok

Beteg neve (családi és utónév):

Születéskori neve:

Anyja neve:

Születési idő (év, hónap, nap):

Lakóhely (Tartózkodási hely):

TAJ száma:

Beavatkozást indokoló orvosi diagnózis:

Krónikus betegség / társbetegség:

Allergia:

### 2.A beteg nyilatkozata:

Mint nyilatkozattételre jogosult jelen nyilatkozat aláírásával

hozzájárulok az infúziós terápiához  nem egyezem bele az infúziós terápiába

Kijelentem, hogy a lentebb megjelölt kezelőorvos a beavatkozás szükségességéről, végrehajtási módjáról, esetleges szövődményekről, a beavatkozás elmaradásának következményeiről a jelen nyilatkozat aláírását megelőzően részletesen tájékoztattott.

Kijelentem, hogy a tájékoztató során feltett kérdéseimre kielégítő és érthető válaszokat kaptam.

Kijelentem, hogy a jelen beleegyező nyilatkozatot a tájékoztatás meghallgatása és megértése után, a hallottakat alaposan megfontolva, minden kényszerből mentesen írtam alá.

Siklós, .....

.....

Beteg vagy törvényes képviselő

### 3.TERÁPIA:

Elrendelt gyógyszer:

Elrendelt infúzió:

Gyógyszeres infúziós oldat áramlási sebessége:

Alkalmak száma:

.....

vezető főorvos