

NYILATKOZAT
A SZAKORVOSI RENDELŐINTÉZET SZIGETSZENTMIKLÓS EGYNAPOS SEBÉSZETI
RÉSZLEG „BETEGTÁJÉKOZTATÓ”-JÁBAN FOGLALTAKNAK VALÓ
MEGFELELÉSRŐL

NÉV: _____

ANYJA NEVE: _____

SZÜLETÉSI HELY: _____, IDŐ: _____ - _____ - _____

TAJ SZÁM

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Alulírott nyilatkozom, hogy

- műtét után otthonomban 48 órás felügyeletem biztosított (pl. hozzátartozó által)
- lakásomban, házamban van:
 - telefon
 - fürdőszoba
 - többszintes ház esetén lift.

Alulírott igazolom, hogy az Intézmény a lakhelyemtől számítva, az átlagos forgalmat figyelembe véve, személygépkocsival 30 percen belül elérhető.

Alulírott tudomásul veszem, hogy

- műtét után csak az altató és az operáló szakorvos együttes engedélyével mehetek haza,
- általános állapotom, a műtét és az anesztézia típusa, lefolyása szerint meghatározott idejű posztoperatív (műtét utáni) megfigyelésre szorulok,
- fekvőbeteg osztályra való felvétel hiányában kíséreléssel hazabocsátható/szállítható vagyok,
- a hazaszállítás várható időpontját közvetlenül a műtét beavatkozása után hozzák a tudomásomra,
- a részleg nem tud betegszállítót biztosítani, tehát köteles vagyok a megadott időben a hazaszállításomról gondoskodni,
- műtét után egyedül az intézményt nem hagyhatom el,
- a műtét napján semmilyen járművet nem vezethetek, tömegközlekedési járművet nem vehetek igénybe,
- kommunikációs probléma esetén (pl. idegen nyelvűség) állandó tolmácsot biztosítok.

Garantálom, a hazaszállításomat végző személy a megadott időpontra, pontosan jön értem, hogy személygépkocsival vagy taxival otthonomba szállítson.

Alulírott nyilatkozom, hogy

- a Betegtájékoztatót elolvastam, tudomásul vettem, az abban foglaltakat elfogadom, az előírásokat betartom,
- a Szakorvosi Rendelőintézet Egynapos Sebészeti Részleg „Betegtájékoztató”-jában foglaltaknak

MEGFELELEK

NEM FELELEK MEG (a kívánt rész aláhúzendó)

Legközelebbi hozzátartozóm, akinek információ kiadható:

Név: _____

Cím: _____ Telefon: 06-____ - _____ - _____

Hazaszállításonról gondoskodó személy:

Név: _____

Cím: _____ Telefon: 06-____ - _____ - _____

Otthoni felügyeletet vállaló személy:

Név: _____

Cím: _____ Telefon: 06-____ - _____ - _____

Szigetszentmiklós, 202,..... .hó.....nap

.....
a beteg v. törvényes képviselőjének aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

1.) Név:

2.) Név:

Lakik:

Lakik:

Sz. ig. sz.:

Sz. ig. sz.: