



Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet

BEFOGADÓ NYILATKOZAT

(területi ellátási kötelezettség alá nem tartozó biztosítottak
a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórházba történő beutalása esetén)

A beutaló orvos neve:, Címe:

Orvosi pecsét száma:

Megkeresés időpontja (év, hónap, nap, óra, perc):
.....

A beutalt biztosított beteg neve:

Születés ideje:(év, hó, nap); TAJszáma:

Lakcíme:

A beutalással érintett Osztály/Ambulancia/Szakrendelő neve:

A beutalás szerint tervezett vizsgálat/kezelés/műtét/beavatkozás/szakellátás megnevezése, melyhez a jelen befogadó nyilatkozatot kéri:

.....

A fent megnevezett szakellátás elvégzése érdekében, fent megnevezett biztosítottat megjelölt osztályunkon/ambulancián/szakrendelőben fogadjuk és a nevesített szakellátást részére – a rendelkezésünkre álló személyi és tárgyi feltételek mellett - biztosítjuk, az ellátásra vonatkozó egyéniesített, teljes körű tájékoztatást követően, valamint a biztosított betegnek a szakellátásra vonatkozó beleegyező nyilatkozata alapján:

A biztosított beteg köteles az osztályunkon/ambulancián/szakrendelőben és intézményünkben alkalmazott szabályokat és házirendet szigorúan betartani és ahhoz alkalmazkodni.

Jelen befogadó nyilatkozat a 63/2007. (III.31.) Korm. rend. 1.§ (2) bekezdése szerint, a beutaló orvosnak a biztosított kérésére történő megkeresése alapján került kiállításra 3 eredeti példányban, melyből 1-1 példányt a biztosított, a beutaló orvos, valamint a befogadó egészségügyi szolgáltató rendelkezésére kell bocsátani és a biztosított egészségügyi dokumentációjában meg kell őrizni.

A befogadó nyilatkozatot adó osztályvezető főorvos/helyettese/ orvos igazgató / főigazgató aláírása, pecsétje:

P.H.

Kelt: Budapest,