

**BÉFOGADÓ NYILATKOZAT**

**(területi ellátási kötelezettség alá nem tartozó biztosítottak  
a Bajcsy-Zsilinszky 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 aláírása, pecsétje:** .....

Kelt: Budapest, .....

**Tájékoztató:**

**Tisztelt Betegünk!**

=> Orvosa tájékoztatja Önt az igényelt, illetve szükségessé vált szakellátással kapcsolatban javasolt vizsgálatokról, kezelésről, érzéstelenítésről, műtétről, a lehetséges alternatívákkal együtt. Ellátása során szakmailag megalapozott, az Ön érdekeit leginkább szolgáló gyógy mód kiválasztására kerül sor.

=> A tájékoztatás meghallgatásához kérheti, hogy hozzátartozója, ápolója, vagy egyéb személy jelen lehessen.

=> A tájékoztatást követően Öntől orvosa a fent megjelölt esetleges invazív ellátáshoz írásbeli hozzájárulását kéri.