



3100 Salgótarján, Füleki út 54-56. Tel: 32-522-000, Fax: 32-311-779, E-mail: titkarsag@szlmk.hu

Iktatószám:/20.....

Halasztási kérelem

(14 napot meghaladó halasztás iránti kérelem)

Kérelmező neve:.....
Lakcím:.....
Levelezési cím:.....
TAJ kártya száma:.....
Telefonszám:..... e-mail cím:.....

Alulírott a Szent Lázár Megyei Kórházban várólista alapján 20...év.....hónap...napra tervezettellátásom időpontjának elhalasztását kérem, tekintettel arra, hogy személyi körülményeim miatt 20...év.....hónap...napjág az ellátás, a beavatkozás elvégzésére megjelenni nem tudok.

20...év.....hónap...napjától az ellátás igénybevételére, amennyiben az akkori állapotom azt orvos szakmailag lehetővé teszi, a beavatkozás, ellátás elvégzésére a kórház által megjelölt konkrét időpontban rendelkezésre állok.

Kijelentem, hogy a kezelőorvosom tájékoztatott az ellátás halasztásának kockázatairól, azt a rendelkezésre álló egészségügyi adataim és tájékoztatásom alapján szakmailag elfogadhatónak minősítette, s vállalom, hogy amennyiben állapotomban a meghosszabbított várakozási idő alatt változás történik, arról haladéktalanul tájékoztatom a kezelőorvosom, s a kórházban haladéktalanul megjelenek a szükséges vizsgálatok elvégzése céljából.

Tudomásul veszem azt is, hogy az általam kért halasztás időtartamára tekintettel a várólistáról törlésre kerülök a kórházi előjegyzési listára történő egyidejű felvétellel, mely tartalmazza a kérelmemben foglaltaknak megfelelő ellátási időpontot is. Tovább a kérelmem teljesítése céljából hozzájárulok a fenti adataim kezeléséhez. A mellékelt adatkezelési tájékoztatót megismertem, az abban foglaltakat elfogadom.

Kelt:20...év.....hónap...nap

.....
(beteg aláírása)

.....kezelőorvosbetegvárólistánellátás céljából nyilvántartott beteg ellátás halasztás iránti kérelmét tudomásul veszem, s az erre tekintettel szükséges intézkedéseket megteszem. A beteg ellátás halasztására benyújtott kérelme a rendelkezésre álló egészségügyi adatok és beteg tájékoztatása alapján szakmailag elfogadható, a beteget a halasztás kockázatairól tájékoztattam, s felhívtam, hogy állapotváltozás esetén haladéktalanul tájékoztasson. A beteget előjegyzési listára történő felvételéről és az ellátás új időpontjáról tájékoztattam.

Kelt....., 20...év.....hónap...nap

PH.

.....
(kezelőorvos aláírása)