

Ápolási Beleegyző Nyilatkozat Detoxikálóban ápoltak részére

Név: @@páciens_neve

Születési név: @@születési_neve

Anyja neve: @@anya_neve

Születési hely, idő: @@pac_szul_hely @@szüldátum

Lakcím: @@áll_irányítószám @@áll_település @@áll_utca_házzszám

TAJ száma: @@taj_maskszam

Felvétel ideje: @@amb_kez_dat

Nyilatkozat

Alulírott utólagosan állapotom rendeződését követően hozzájárulok ahhoz, hogy a kórházi kezelés során - melyre ittás állapotom miatt kerül sor - a vonatkozó szakmai és etikai szabályok és irányelvek betartásával az ellátásomhoz kapcsolódó ápolási feladatokat, kezeléseket elvégezzék.

- Kijelentem, hogy az Ápolási lapon átfogóan megjelölt ápolási szakfeladatokról részletes tájékoztatást kaptam, azt tudomásul vettem, arról további tájékoztatásra igényt nem tartok.
- Tudomásul veszem, hogy a megőrzésre át nem adott értéktárgyaimért, ruhaneműimért az intézmény felelősséget nem vállal.
- Értéktárgyaim megőrzéséről tájékoztatást kaptam
- A Házirendről írásban és szóban tájékoztatást kaptam, ennek megfelelően a Házirendben foglaltakat tudomásul veszem és betartom.

Ápoló aláírása

Beteg (vagy hozzátartozó) aláírása

Dátum: Salgótarján, @@sys_dátum_hosszú