

Nyilatkozat a tájékoztatási jogról való lemondásról

Beteg neve: **@@paciens_neve** Születési neve: **@@születési_neve**
Anyja neve: **@@anya_neve**
Született: **@@pac_szul_hely @@szüldátum**
Lakcím: **@@áll_irányítószám @@áll_település @@áll_utca_házzsám**
TAJ száma: **@@taj_maskszam**
Törzsszám: **@@fekv_torzsszam**

Alulírott felelősségem tudatában kijelentem, hogy kezelőorvosomtól az állapotomra vonatkozó tájékoztatást elutasítom.

Kelt: Salgótarján, @@sys_dátum_hosszú

Beteg:

Tanú1:

Tanú2: