3. sz. melléklet

**Pécsi Tudományegyetem – Klinikai Központ**

**BEFOGADÓ NYILATKOZAT**

(területi ellátási kötelezettség alá nem tartozó biztosítottnak

a Pécsi Tudományegyetemre 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);

**TAJ száma:** ………………………………, **Lakcíme:** ………………………………………………………………...

**A beutalással érintett osztály/ambulancia/szakrendelő neve**: …………………………………………………….

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

........................................................................................................................................................................................

**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 217/1997. (XII.1.) Korm. rend. 3/A.§ (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 intézetvezető / helyettese aláírása, pecsétje:** ………………………………….

Kelt: Pécs, …………………..

**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 gyógymód 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.