

## Pécsi Tudományegyetem – Klinikai Központ

### BEFOGADÓ NYILATKOZAT

(területi ellátási kötelezettség alá nem tartozó biztosítottaknak  
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 befo-  
gadó nyilatkozatot kérjük:

.....

A fent megnevezett szakellátás elvégzése érdekében, fent megnevezett biztosítottat megjelölt osztályun-  
kon/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 szabá-  
lyokat 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 bizto-  
sított 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 megalapo-  
zott, 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.