

BETEGNYILATKOZAT HÁZIORVOS VÁLASZTÁSÁRÓL ÉS ÁTJELENTKEZÉSRŐL

Alulírott

Név:

Születési név:

Születési hely, idő:

Anyja neve:

TAJ szám:

Lakcím (állandó):

Telefonszám:

E-mail cím:

ezúton az alábbi nyilatkozatot teszem:

1. Kijelentem, hogy a hatályos jogszabályok alapján fennálló szabad orvosválasztási jogommal élve a továbbiakban a háziiorvosi alapellátást Dr. Horváth Ákos háziiorvosnál (1146 Budapest, Hermina út 7.) kívánom igénybe venni.
2. Kérem, hogy jelen nyilatkozatom alapján a praxisba történő átjelentkezésemet rögzíteni szíveskedjenek, és a szükséges adminisztratív lépéseket (beleértve a korábbi háziiorvosi praxisból történő kijelentkezést is) megtenni.
3. Tudomásul veszem, hogy az átjelentkezés a vonatkozó jogszabályok és finanszírozási szabályok szerint kerül végrehajtásra, és annak érvényessége az illetékes szervek (pl. NEAK) felé történő jelentést követően áll be.
4. Nyilatkozom, hogy döntésemet saját elhatározásomból, befolyástól mentesen hoztam meg.
5. Hozzájárulok ahhoz, hogy egészségügyi adataimat a háziiorvosi ellátás biztosítása céljából az új praxis kezelje, valamint szükség esetén a korábbi háziiorvosomtól a gyógykezelésemhez szükséges adatokat beszeresse.
6. Tudomásul veszem, hogy a háziiorvosi ellátás igénybevételéhez szükséges személyes és egészségügyi adataim kezelése a vonatkozó adatvédelmi jogszabályok (különösen az egészségügyi és személyes adatok kezelésére vonatkozó rendelkezések) szerint történik.
7. Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.

Kelt:

.....
beteg aláírása

Választott háziiorvos adatai:

Dr. Horváth Ákos háziiorvos
Cím: 1146 Budapest, Hermina út 7.
Telefon: +36 1 445 0674
E-mail: rendelo27zuglo@gmail.com
Praxis kód: 000032610