NE NYOMTASSA! KÉRJÜK SZÁMÍTÓGÉPPEL KITÖLTENI, EMAILEN ELKÜLDENI!

Dr. Zsigri Szabolcs, Zsigri Háziorvosi Kft.,
1145 Budapest, Torontál u. 49., www.drzsigri.hu, 58.korzet@gmail.com

NYILATKOZAT

Alulírott

Vezetéknév:
utónév:      Második utónév:

Születési vezetéknév:
Születési utónév:      Második születési utónév:

Édesanyja születési vezetékneve:
Édesanyja születési utóneve:      második utóneve:

Születési hely - ország:      Születési hely - település:
Születési idő:

Lakcím

Ország:      Irányítószám:      Település neve:
Közterület neve:      Közterület jellege:      Házszám:
Lépcsőház, emelet, ajtó:

TAJ:

Telefonszám:
Email:

Munkakör:       (A táppénzes igazoláson jelenleg kötelező feltölteni a munkakört is.)

Rendszeresen szedett gyógyszerek:

Ismert betegségek, műtétek:

Előző háziorvos neve, címe:

Kijelentem, hogy a továbbiakban Dr. Zsigri Szabolcsot bízom meg háziorvosi teendőim ellátásával. Kérem, hogy jelen nyilatkozatom alapján törzskartonomat, az orvosi dokumentációmat, elektronikus dokumentációm kivonatát küldje el a háziorvosom számára.

Beteg aláírása: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tisztelt Háziorvos Kolléga!

A beteg ellátását a továbbiakban vállalom.

Kérem, hogy a fenti nyilatkozat alapján a beteg törzskartonját, az orvosi dokumentációját, elektronikus dokumentáció kivonatát küldje el a rendelőmbe.

Amennyiben MedMax programot használ, a páciensadatokat ott is átküldheti.

Dr. Zsigri Szabolcs, 1145 Budapest, Torontál u. 49.

Budapest, dátum:

Orvos aláírása: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_