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

Név:      Születési név:     

Születési hely:      Születési idő:

TAJ:

Édesanyja születési neve:     

Lakcím

Irányítószám:      Település neve:       
Utca, házszám:       
Lépcsőház, emelet, ajtó:

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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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.

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

Budapest, dátum:

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