



NYILATKOZAT

a betegazonosító karszalag használatának elutasításáról

Alulírott.....(név)(szül. idő)
.....(lakhely)..... (TAJ-szám)
kijelentem, hogy a kórház által kötelezően előírt betegazonosító karszalag használatába

NEM EGYEZEM BELE.

Kijelentem, hogy felvilágosítást kaptam a karszalag használatának indokairól. Részletes ismertetést kaptam a karszalag használatának mellőzése esetén fellépő kockázatokról és következményekről.

Szombathely, 20.....

.....
beteg vagy törvényes képviselő

.....
orvos