



Beleegyző nyilatkozat

Alulírott,..... (született)
beleegyzem, hogy a szakápoló a Higiénés Szabályzat betartása mellett a hajvágást elvégezte.

Szombathely,.....

.....
ápoló aláírása

.....
beteg aláírása

Páciens neve:.....
Születési ideje:.....
Lakcíme:.....

Formanyomtatvány

Markusovszky Kórház - Nyomda

Sorszám: F-B-ÁP-01.
Változatszám: 02
Dátum: 2014.05.22.



Beleegyző nyilatkozat

Alulírott,..... (született)
beleegyzem, hogy a szakápoló a Higiénés Szabályzat betartása mellett a hajvágást elvégezte.

Szombathely,.....

.....
ápoló aláírása

.....
beteg aláírása

Páciens neve:.....
Születési ideje:.....
Lakcíme:.....

Formanyomtatvány

Markusovszky Kórház - Nyomda

Sorszám: F-B-ÁP-01.
Változatszám: 02
Dátum: 2014.05.22.