

**Nyilatkozat a betegazonosító karszalagról  
Cselekvőképes beteg esetében**

Kijelentem, hogy a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház orvosa által teljeskörű tájékoztatást kaptam arról, hogy hozzájárulásom esetén, ellátási biztonságom érdekében betegazonosító karszalagot helyeznének fel. A fenti tájékoztatást megértettem, döntésemet cselekvőképességem teljes birtokában, befolyástól, kényszertől és fenyegetéstől mentesen teszem. Tudomásul veszem, hogy jelen nyilatkozatomat bármikor visszavonhatom.

A karszalag feltételéhez (a megfelelő bekarikázandó)

**1. Hozzájárulok, hordani fogom, benntartózkodásom alatt megőrzöm, távozáskor leadom.**

**2. Nem járulok hozzá, de tudomásul veszem, ha és amennyiben cselekvőképtelen állapotba kerülnék, biztonságom érdekében az intézet orvosa ezt fel fogja helyezni.**

Beteg neve: ..... Anyja neve:.....

TAJ száma:.....

Beteg aláírása:..... Tájékoztató orvos aláírása:.....

Budapest, ..... év ..... hó ..... nap ..... óra

**Korlátozottan cselekvőképes beteg felvétele esetén**

Fent megjelölt beteg törvényes képviselőjeként kijelentem, hogy a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház orvosa által teljeskörű tájékoztatást kaptam arról, hogy hozzájárulásom esetén az általam kísért, ellátandó betegre ellátási biztonsága érdekében betegazonosító karszalagot helyeznének fel. A tájékoztatást a beteg ellátása előtt tették. A tájékoztatást megértettem. Döntésemet a beteg érdekeinek figyelembevételével, törvényes jogaim gyakorlásával hozom meg. Döntésemet befolyástól, kényszertől és fenyegetéstől mentesen teszem. Tudomásul veszem, hogy jelen nyilatkozatomat bármikor visszavonhatom.

A karszalag feltételéhez (a megfelelő bekarikázandó):

**1. Hozzájárulok.**

**2. Nem járulok hozzá, de tudomásul veszem, ha és amennyiben a beteg cselekvőképtelen állapotba kerül, biztonsága érdekében az intézet orvosa ezt fel fogja helyezni.**

Törvényes képviselő neve: ..... aláírása: .....

Képviselő jellege (rokon, gyám, egyéb): .....

Budapest, ..... év ..... hó ..... nap ..... óra