



Hozzájáruló nyilatkozat önrendelkezési nyilvántartás figyelman kívül hagyására

Alulírott

Név:

Születési hely:

Születési idő:

Lakcím:

TAJ szám:

felhatalmazom

Név:

Születési hely:

Születési idő:

Lakcím:

Alapnyilvántartási szám:

orvost, hogy az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Téren keresztül az Önrendelkezési nyilvántartásba bejegyzett nyilatkozatommal ellentétben egészségügyi és személyes adataimat egészségügyi kezelésem céljából megismerje és kezelje.

Jelen felhatalmazás 24 órás időtartamra szól.

Kelt, _____ 201_._.__, __óra __ perc.

.....
Beteg aláírása

.....
Orvos aláírása, pecsét