



Almási Balogh Pál Kórház

3600 Ózd, Béke u. 1-3., 3601 Pf.: 91
tel.: 48/574-425 fax: 48/574-401 e-mail: ig@hosp.ozd.hu

Ikt.sz.:

BEFOGADÓ NYILATKOZAT

területen kívüli beteg
felvételéhez

Az Almási Balogh Pál Kórház..... osztálya, szakrendelése
.....kérésére vállalja, hogy

Név:

Szül.hely, idő:

Lakóhely:

TAJ szám:

Felvétel oka:

*formája: sürgősségi normál kúraszerű ellátás
(* = aláhúzendó)

Egészségi állapotának megfelelő kórházi kivizsgálást, kezelést, beavatkozást

20..... felvételi időponttal biztosítja.

A betegfogadó munkahely egyúttal nyilatkozik arról, hogy a beteg felvétele a rendelkezésre álló fekvőbeteg, ill. járóbeteg kapacitás*(aláhúzendó) terhére történik, s a beteg ellátása nem veszélyezteti a területi ellátási kötelezettséggel történő betegellátást.

Ózd, 20.....

.....
főigazgató főorvos

.....
kezelőorvos