**Területi Ellátási Kötelezettségen Kívüli Páciens Befogadó Nyilatkozata**

Alulírott, a fent megnevezett páciens kijelentem, hogy tudomásul veszem, hogy a Szegedi Tudományegyetem Kardiometabolikus Rehabilitációs Osztály területi ellátási kötelezettségen kívül eső lakcímmel rendelkezem.

A jelenlegi ellátásomra a következő okból kerül sor: **kardiometabolikus rizikócsökkentő életmódterápia elsajátítása / kardiometabolikus rehabilitáció**.

Hozzájárulok a szükséges kórházi osztályos felvételhez, ellátás elvégzéséhez. Tudomásul veszem, hogy az intézmény nem rendelkezik területi ellátási kötelezettséggel az én állandó lakcímemre vonatkozóan, és ez az ellátás kizárólag a fent megnevezett indokkal történik. Tájékoztattak a lehetőségeimről, beleértve a területi ellátásra kijelölt intézményhez való fordulás lehetőségét is. Ennek ellenére a jelenlegi ellátást választottam.

Orvos nyilatkozata

Alulírott .......................... igazolom, hogy a pácienst a fentieknek megfelelően tájékoztattuk Osztályunk területi ellátási szabályairól, és az ellátást a megnevezett indokkal, a páciens kifejezett kérésére vállaljuk.

................................  ................................

         páciens orvos

Név:

TAJ szám:

Születési idő:

Anyja neve: