



**Észak-Közép-budai Centrum**  
**Új Szent János Kórház és Szakrendelő**  
**1125 Budapest, Diós árok 1-3.**  
**010620401 Budai meddősegi Centrum (szakambulancia)**  
Vezető főorvos: Dr. Konc János  
Telefon: 458-4579,458-4580,központ 458-4500 Internet:www.janoskorhaz.hu

---

## HÁZIREND 2 sz. melléklete

Alulírott..... születési dátum.....  
TAJ szám..... elismerem, hogy kórházba való felvételem során figyelmemet felhívták az osztályon kifüggesztett **HÁZIREND** megismerésének lehetőségére.

Kijelentem továbbá, hogy figyelmemet felhívták arra is, hogy kórházi tartózkodásom idejére pénzemem és egyéb, a kórházba behozott értékeimet az Intézet házi pénztárába **ingyenes kórházi letétbe helyezhetem**. Egyúttal tudomásul veszem, hogy az Intézet csak a kórházi letétbe helyezett készpénzért és értéktárgyakért vállal felelősséget.

Kijelentem továbbá, hogy osztályos felvételem során tájékoztatást kaptam a betegazonosító csuklószalag viselésének szükségességéről, valamint az igénybe vehető térítésköteles ellátásokról.

Személyi igazolványomat, TAJ kártyámat, igazolványaimat visszakaptak.

Egészségügyi ellátásom alatt felvilágosítás adható:.....személy/személyek részére.

Betegségemről, annak várható kimeneteléről még kérésükre se tájékoztassák az alábbi személyeket:

Név:.....Lakcím:.....  
.....

Budapest, 20.....év.....hó.....napján.

.....  
Tájékoztatást végző orvos  
aláírása, orvosi pecsétje

.....  
Beteg (hozzátartozó, tv.képv.)  
aláírása

**Kijelentem, hogy a tájékoztatás ellenére értéktárgyaim letétbe helyezésének lehetőségével nem kívánok élni.**

.....  
**Beteg (hozzátartozó, tv.képv.) aláírása**  
**A tájékoztatás ellenére sem járulok hozzá a betegazonosító csuklószalag viseléséhez.**

Budapest, 20..... év..... hó.....napján.

.....  
Beteg (hozzátartozó, tv.képv.) aláírása