

**NYILATKOZAT**

a tervezett műtéti beavatkozás sorrendiségi elv alapján megadott időpontjának beteg által történő el nem fogadásáról

Szervezeti egység megnevezése: .....

NEAK kódja: .....

Beteg neve: .....

Születési ideje: .....

TAJ száma: .....

Törzsszám/Naplósorszám: .....

Tervezett beavatkozás megnevezése: .....

Tervezett beavatkozás beteg által választott időpontja: ..... év ..... hónap ... nap

Esetazonosító\*\* : .....

Alulírott kijelentem, hogy kezelőorvosom tájékoztatott arról, hogy a tervezett műtéti beavatkozás - a sorrendiségi elv érvényesítése okán, a szabad műtéti kapacitásra tekintettel - korábbi időpontra is ütemezhető lett volna, amely időpontot nem fogadtam el.

Számomra érthető módon tájékoztattak az ellátás időpontjának általam kezdeményezett elhalasztásából eredő kockázatokról.

Ezek ismeretében is ragaszkodom az általam választott műtéti időponthoz a kiadható legkorábbi ellátási időpont helyett és az ebből eredő következményeket jelen aláírással tanúsítva vállalom. Fentiekben túlmenően tájékoztatást kaptam az előjegyzési listára történő felvétel tényéről, az ellátási sorrendben jelenleg elfoglalt helyemről.

Nyilatkozatom a fentebb megnevezett konkrét műtéti beavatkozásra és annak tervezett időpontjára vonatkozik.

Budapest,.....

.....  
beteg aláírása

Jelen dokumentum 2 eredeti példányban készült, amelynek egyik példánya a beteg, másik példánya a DPC tulajdona (a betegdokumentáció része).

\*\* Az Esetazonosítóval a következő webhelyen tekintheti meg az Ön előjegyzésének adatait:  
[https://jogviszony.neak.gov.hu/varolista\\_pub/idopont-lekerdezese-esetazonositoval/](https://jogviszony.neak.gov.hu/varolista_pub/idopont-lekerdezese-esetazonositoval/)