



BEJELENTKEZŐ ADATLAP

Vezetéknév: _____ Keresztnév: _____

Születésidátum: _____ év _____ hó _____ nap

TAJ szám: _____

Levelezési cím: _____ város _____ utca/út/tér _____ hsz.

E-mail cím: _____ Telefonszám: _____

Honnan értesült a Caramell Medical Centerről? *(A megfelelő részt, kérjük aláhúzással jelölni szíveskedjen)*

Google kereső, Facebook oldal, web oldal, internetes cikk, újság/magazin, hírlevél, rádió, ajánlás útján, egyéb

Kér hírlevelet? Igen Nem

Miről szeretne bővebb információt hírlevelünkben?

Preventív csomag Vérvételi csomag Kúracsomag Egészségnap Nyíltnap Kedvezmények/Akciók

Az alábbi kérdések megválaszolása a negatív élettani hatások elkerülése érdekében ajánlott

Van-e Önnek fém implantátuma? Igen Nem

Ha igen, kérjük sorolja fel mely testrészén _____

Visel-e Ön pacemakert? Igen Nem

Fennál-e Önnél jelenleg terhesség Igen Nem

Történt-e Önnél operáció? Igen Nem

Ha igen, mikor és milyen jellegű operáció volt _____

Van-e Önnek krónikus betegsége? Igen Nem

Ha igen, kérjük sorolja fel _____

Szed-e Ön rendszeresen gyógyszert? Igen Nem

Ha igen, kérjük sorolja fel a rendszeresen szedett gyógyszerek nevét

Van-e Önnek gyógyszerérzékenysége? Igen Nem

Ha igen, akkor mire: _____

Kóros mértékű fogyasztás/szokások: Dohányzás Alkohol Kávé Drog

Az alábbiakban nyilatkozom, hogy a kezeléssel kapcsolatos tájékoztatást megkaptam. Felvilágosítást kaptam a tervezett kezelési módokról, tevékenységekről, esetleges veszélyeiről, szövődményeiről.

Kérjük minden vizsgálaton szíveskedjen pontosan megjelenni. Az esetleges késés esetén az adott vizsgálat csak a rendelkezésre álló idő alatt lehetséges, ennek következtében várakozási idő felmerülhet. Amennyiben a megbeszélte időpontban a páciens nem jelenik meg, ill. azt 6 órával a vizsgálatot megelőzően nem mondja le, úgy készenléti díjat számolunk fel 5.000 Ft összegben.

Alulírott páciens tanusítom, hogy a tájékoztatóban leírtakat elolvastam, a jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy a fent megadott válaszaim a valóságnak megfelelnek, a kérdőívet legjobb tudásomnak megfelelően, az ilyenkor elvárható gondossággal töltöttem ki. Kijelentem továbbá, hogy az egészségügyi szolgáltatást szabad önrendelkezési jogom biztosítása mellett veszem igénybe, az egészségügyi szolgáltatás teljesítéséhez szükséges egészségügyi vizsgálat/beavatkozás- valamint diagnosztikai ultrahang vizsgálat elvégzéséhez beleegyezésemet adom, annak elvégzését kérem.

Biztosítjuk arról, hogy a fent megadott adatokat bizalmasan kezeljük harmadik fél számára nem adjuk ki.

Ellátott (vagy kiskorú esetén szülő) aláírása

Dátum: Bük _____ év _____ hó _____ nap