

**Osztály neve:**  
**Osztályvezető:**

OEP KÓD:  
Tel.:

### NYILATKOZAT OTTHONRÓL HOZOTT GYÓGYSZEREKRŐL

Beteg neve:

Születési ideje:

Lakcíme:

TAJ száma:

Anyja neve:

Törzsszáma:

**Nyilatkozom arról, hogy otthonról hozott gyógyszereimet saját felelősségemre és költségemre rendszeresen szedem.**

**Nyilatkozom arról, hogy az alábbi gyógyszereket .....orvos rendelte el, aki elérhető..... tel. számon ill. ....munkahelyen.**

**Gyógyszer neve:**

**Gyártási száma:**

**Lejárati ideje:**

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

Karcag, .....

.....  
beteg, vagy törvényes képviselőjének (gondnok, gyám) aláírása

Alulírott felhatalmazom kezelő orvosomat, hogy részemre állapot rosszabbodás esetén a saját magam által behozott - a fent nevezett - gyógyszerek beadását elrendelje. Jelen nyilatkozatomat cselekvő és jogképes állapotomban tettem meg.

Karcag, .....

.....  
beteg, vagy törvényes képviselőjének (gondnok, gyám) aláírása

Tanuk:

1.  
Név:.....

2.  
Név:.....

Lakcím:.....

Lakcím:.....

Aláírás:.....

Aláírás:.....