



# Dr. Kálló Antal bőr és cryosebészeti rendelői

[www.cryosebeszet.hu](http://www.cryosebeszet.hu)

## Lectori salutem

*/üdvözlöm az olvasót/*

**Szentendre** 2000 Rab Ráby tér 3.

Rendelés: szerda 17.00-19.00 óráig

Páros szombat 11.00-15.00 óráig

Tel.: 26/317 936 Mobil: +36 70 450 7002

**Budapest** 1016 Krisztina krt. 87-89. 3.em.1.

Rendelés: kedd, csütörtök 16.30-19.00 óráig

E-mail: a.kalo@chello.hu

Tel.: 489 31 68, Tel/Fax: 489 31 70

*Adatfelvétel és*

## Beleegyezési nyilatkozat

*műtét vagy műtét jellegű orvosi beavatkozáshoz*

**Alulírott:** \_\_\_\_\_

**Cím:** \_\_\_\_\_

**Anyja neve:** \_\_\_\_\_

**Taj szám:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Szül idő:** \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

**Tel:** \_\_\_\_\_

Részletes tájékoztatást kaptam az alábbiakról:

- milyen a jelenlegi betegségi állapotom,
- milyen kezelést, műtétet javasol az orvos,
- mit várhatok az ajánlott kezeléstől,
- a kezelés elmaradása milyen következményekkel járhat,
- a beavatkozás milyen szövődményekkel, kellemetlenségekkel járhat együtt,
- az ajánlott kezelés során alkalmazott gyógyszereket, anyagokat és az eljárást magyarországi egészségügyi fórumok és hatóságok /Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Országos Gyógyszerészeti Intézet, ORKI/ befogadták-e, hozzáférhető-e az eljárás a területi kötelezettséggel működő állami egészségügyben, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár finanszírozza-e az eljárást,
- a kezelés elvégzésének várható költségei /alanyi ÁFA mentesség/.

A kapott tájékoztatást megértettem, kérdéseimre kielégítő választ kaptam, több kérdésem nincs. A kapott felvilágosítások alapján úgy határoztam, hogy az ismertetett eljárást a megbeszélte feltételekkel és áron vállalom, tőlem telhető együttműködést és a kezelés eredményessége érdekében kapott ajánlások megtartását biztosítom. Tudomással bírok arról, hogy az orvosi szolgáltatás nem eredményköteles. Esetleges kiújulás vagy szövődmény a leggondosabb kezelést is követheti, ilyen jellegű esemény vagy a betegségem természetes lefolyásából adódó hátrányos következmény miatt semmilyen igényt nem támasztok. Kielégítő és általam elfogadott tájékoztatást kaptam a szolgáltatás áráról.

Írásbeli tájékoztatót kaptam.

**Betegségem:** \_\_\_\_\_

**Ajánlott gyógyeljárás:** \_\_\_\_\_

2011 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Dr. Kálló Antal*

\_\_\_\_\_  
*beteg v. törv. képviselő*