

**Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és
Egyetemi Oktatókórház**

KONZULTÁCIÓS NYILATKOZAT

Alulírott #!NEV; nő

..... férfi
a mai napon meddőségi tanácsadásra és kezelésre jelentkeztünk a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórházban (a továbbiakban: Intézmény).
Tájékoztatást kaptunk arról, hogy a meddőség okának meghatározásához, a diagnózis felállításához előzetes orvosi konzultáció és kivizsgálás szükséges.

Az előzetes (laboratóriumi és egyéb) kivizsgálás elemeit tartalmazó pontos listát a konzultációt tartó orvostól átvettük. Tudomásul vesszük, hogy az előzetes kivizsgálás elvégezhető bármely erre jogosult egészségügyi szolgáltatónál.

Az előzetes kivizsgálás térítésmentesen, a kötelező egészségbiztosítás terhére, a TB kártya alapján igénybe vehető azoknál az egészségügyi szolgáltatóknál, amelyeknek az Egészségbiztosítási Pénztárral erre vonatkozó szerződésük van (pl. állami, önkormányzati kórház, rendelőintézet, háziorvos stb.)

A fentiek ismeretében kijelentjük, hogy az előzetes kivizsgálást

I. más egészségügyi szolgáltatónál

II. az Intézményben

III. részben más egészségügyi szolgáltatónál, részben az Intézményben kívánjuk elvégeztetni.*

Kijelentjük, hogy a felmerülő költségekről, így az inszemináció díjáról (16.000,- Ft) tájékoztatást kaptunk, valamint a „Tájékoztató az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárásokról” című írásbeli tájékoztatót átvettük.

Kelt: #!KORHCIMVAROS; #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

.....
nő

.....
férfi

Előttünk mint tanúk előtt:

I. tanu:

II. tanu:

Aláírás: Aláírás:

Név: Név:

Lakcím: Lakcím:

A konzultáción megjelent személyek személyazonosságát ellenőriztem.

*A döntésüknek megfelelő betűjelét kérjük bekarikázni