

**#!KORHNEV;; #!TELEPHELYVAROS;**

3526 Miskolc, Csabai kapu 9-11

**Szent Ferenc Kórházi Tagkórház**

3529 Miskolc, Csabai kapu 42.

## **NYILATKOZAT\***

(beteg által behozott gyógyszerekről)

Alulírott **#!NEV;** (beteg neve), született: **#!BSZULHELY; #!SZULIDO;**(hely, idő),

lakcím: **#!BVAROS; #!BUTCA;** nyilatkozom arról, hogy a **#!KORHNEV;; #!TELEPHELYVAROS;#!APOSZTKOD;**  
**#!APOSZTNEV;**osztályán / részlegén

..... év ..... hó ..... napjától kezdődő bennfekvésem ideje alatt csak az általam szedett, otthonról hozott  
gyógyszereket vagyok hajlandó elfogadni, melyeket átadok a gyógyszerfelelős nővérnek a megfelelő adagolás és  
megőrzés végett.

Dátum: **#!AKTDATUM;**

.....  
beteg aláírása

.....  
orvos aláírása