#!KORHNEV; Intézeti Gyógyszertár
3526 Miskolc, Szentpéteri kapu 72-76.
Tel.: (46) 515-204, Fax: (46) 515-221

NYILATKOZAT*A BETEG ÁLTAL BEHOZOTT GYÓGYSZEREK ÁTVÉTELÉRŐL/VISSZAADÁSÁRÓL

Alulírott **#!NEV;** (beteg neve), született: **#!BSZULHELY; #!SZULIDO;** (hely, idő), lakcím: **#!BVAROS; #!BUTCA;** nyilatkozom arról, hogy a **#!KORHNEV; #!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 ápolónak a megfelelő adagolás és megőrzés végett.

Gyógyszerkészítmény neve, hatáserőssége	Gyártási szám	Lejárati idő	Átvett mennyiség kiszerelési egységben	Adagolási rend	Visszaadott mennyiség kiszerelési egységben

Az átadáskor:

#!AKTDATUM;……..

……...
Beteg aláírása

……...
Orvos aláírása

A visszaadáskor:

#!AKTDATUM;…….....

……...
Beteg aláírása

……...
Orvos aláírása

* A nyilatkozat a betegdokumentáció részét képezi!