

HÁZIORVOSI NYILATKOZAT

☐ ÁOK	☒ FOK	☐ GYTK	☐ ETK	☐ EKK	☐ PAK
------------------------------	---	-------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

NÉV:	SZÜLETÉSI HELY:	SZÜLETÉSI IDŐ:
ANYJA NEVE:	LAKCÍM:	TELEFONSZÁM:
BALESET ESETÉN ÉRTESÍTENDŐ:		E-MAIL:

Fent nevezett háziiorvosa, ezennel nyilatkozom arra vonatkozóan, hogy betegem (a megfelelő aláhúzendó):

- Krónikus fertőző, illetve nem fertőző betegség miatt kezelése alatt nem áll, illetve nem állt.
- Az alábbi krónikus betegség miatt állt kezelése alatt. (BNO kód megadásával)

Kelt, 2025.

aláírás, pecsét