

HÁZIORVOSI NYILATKOZAT

<input type="checkbox"/> ÁOK	<input type="checkbox"/> FOK	<input checked="" type="checkbox"/> GYTK	<input type="checkbox"/> ETK	<input type="checkbox"/> EKK	<input type="checkbox"/> 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