

HÁZIORVOSI NYILATKOZAT

| | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ÁOK | <input type="checkbox"/> FOK | <input 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 háziorvosa, 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)

Egészségi állapota nem zárja ki, hogy pedagógiai felsőoktatási tanulmányokat folytasson.

Kelt:.....2023....." "

aláírás, pecsét