SZÜLŐI / TÖRVÉNYES KÉPVISELŐI HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

Korlátozottan cselekvőképes (14–18 év közötti) kiskorú magánegészségügyi ellátásához

A törvényes képviselő (nyilatkozattevő) adatai

Név:		Anyja neve:	
Születési név:		Lakcím:	
Születési hely, idő:		Email cím:	

A kiskorú páciens adatai

Név:		TAJ száma	
Születési hely, idő:		Lakcím:	

Meghatalmazott Kísérő adatai (amennyiben nem a törvényes képviselő a kísérő)

Név:		Szig. száma:	
Születési hely, idő:		Telefonszám:	

A törvényes képviselő nyilatkozata

Alulírott, mint a fent nevezett kiskorú törvényes képviselője a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.) valamint az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) rendelkezései alapján az alábbi nyilatkozatot teszem:

1. Kifejezetten HOZZÁJÁRULOK ahhoz, hogy nevezett kiskorú gyermekem a Silveris Kft. (Silveris Medical Magánorvosi Klinika) keretein belül járóbeteg-ellátást, orvosi konzultációt, diagnosztikai vizsgálatot és ehhez kapcsolódó egészségügyi szolgáltatást vegyen igénybe.
2. Kijelentem, hogy a klinika Általános Szerződési Feltételeit (ÁSZF) és Adatkezelési Tájékoztatóját megismertem, és elfogadom.
3. Hozzájárulok ahhoz, hogy a kezelőorvos a kiskorú egészségi állapotáról, a szükséges vizsgálatokról és a kezelési tervről a kiskorút és a jelenlévő nagykorú kísérőt tájékoztassa, valamint a vizsgálati leleteket az EESZT rendszerbe feltöltse
4. Tudomásul veszem, hogy a vizsgálaton a kiskorú mellett cselekvőképes nagykorú Kísérő folyamatos jelenléte kötelező.

Kelt: Budapest, 202... év ..... hó ..... nap

.....	.....
Törvényes képviselő (Szülő) aláírása	Meghatalmazott kísérő aláírása (amennyiben releváns)
.....	.....
Kiskorú páciens aláírása (14 év felett)	Silveris Kft. / Kezelőorvos átvette