



BUDAI EGÉSZSÉGGÖZPONT

Biztonság és szakértelem

## NYILATKOZAT

### EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ MÁS SZEMÉLY ÁLTALI ÁTVÉTELÉRŐL

Alulírott (név:) ..... (anyja neve: .....)  
születési hely és idő: ....., lakcíme: .....

a Budai Egészségközpont Zrt. (1126 Budapest, Királyhágó u. 1-3., Cg: 01-10-141707) által nyújtott  
gyógykezelésben részesülök. Kijelentem, hogy cselekvőképességem birtokában állok, és az  
egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban „Eütv.”) 16. § (1) bekezdésének  
a) pontja szerint jelen **nyilatkozattal kijelölöm (név:) .....**

**cselekvőképes személyt** (születési helye és idő: .....; anyja neve:  
....., **lakcíme: .....**) mint olyan

személyt, akit a részemre a Budai Egészségközpont Zrt. által nyújtott gyógykezelés vonatkozásában  
ettől eltérő nyilatkozatom benyújtásáig az Eütv. 13. §-a szerinti **tájékoztatásban kell részesíteni** és  
ennek körében részére a gyógykezeléssel összefüggő egészségügyi adatokat tartalmazó  
**dokumentumokat ki kell adni.**

A Budai Egészségközpont Zrt. tájékoztatott adatkezeléseinek szabályairól, mely tájékoztató  
egyebekben a honlapján (<https://www.bhc.hu>), illetve a szolgáltatásnyújtás valamennyi helyszínén  
elérhető.

Budapest, .....

.....

Páciens aláírása

#### Előttünk, mint tanúk előtt:

Név: ..... Aláírás: .....

Lakcím: .....

Név: ..... Aláírás: .....

Lakcím: .....

BUDAI EGÉSZSÉGGÖZPONT ZRT.

1126 BUDAPEST, KIRÁLYHÁGÓ UTCA 1-3.

T: +36 1 489 5200 E: INFO@BHC.HU W: WWW.BHC.HU

Superbrands

