**dr. Babos Örs Levente**

III. sz. Felnőtt Háziorvosi Rendelő, Gyömrő 2230 Gyömrő, Szent István út 55.

[www.baboslevente.hu](http://www.baboslevente.hu/)

[orvos@baboslevente.hu](mailto:orvos@baboslevente.hu)

**NYILATKOZAT**

Alulírott Beteg neve:

Beteg születési neve:

Anyja neve:

Születési hely:

Születési idő:

TAJ:

Lakcím:

Telefonszám:

E-mail cím:

Előző háziorvos neve:

Előző háziorvos címe:

Kijelentem, hogy a továbbiakban háziorvosi teendőim ellátását dr. Babos Örs Leventénél Gyömrő III. sz. felnőtt háziorvosi körzetében kı́vánom igénybe venni. Kérem, hogy jelen nyilatkozatom alapján törzskartonomat, az orvosi dokumentációmat, elektronikus dokumentációm kivonatát vegye át …………………………………………………..… felnőtt háziorvosi körzetéből.

Beteg aláírása:

A beteg ellátását a továbbiakban Gyömrő, III. sz. felnőtt háziorvosi körzetében vállalom.

dr. Babos Örs Levente, 2230 Gyömrő, Szent István út 55.

Dátum:

Orvos aláírása: