

Piszkowice, dnia

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

lub *

.....

Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

Data i miejsce urodzenia

--	--	--	--	--	--	--	--

Kod pocztowy

Adres

Telefon kontaktowy

**OŚWIADCZENIE W SPRAWIE WYRAŻENIA ZGODY NA POBYT I LECZENIE
W ZAKŁADZIE LECZNICZO-OPIEKUŃCZYM DLA DZIECI PROWADZONYM PRZEZ
ZGROMADZENIE SIÓSTR MARYI NIEPOKALANEJ, PISZKOWICE 53, 57-300 KŁODZKO**

Oświadczam, że wyrażam świadomą zgodę na pobyt i leczenie w Zakładzie Leczniczo-Opiekuńczym dla Dzieci prowadzonym przez Zgromadzenie Sióstr Maryi Niepokalanej, Piszkowice 53, 57-300 Kłodzko obejmujące udzielane przez Zakład świadczenia zdrowotne polegające w szczególności na: wykonywaniu czynności związanych z procesem leczenia, pielęgnacją i opieką pielęgniarską oraz lekarską, badaniami diagnostycznymi, leczeniem żywieniowym, rehabilitacją. W razie konieczności przeprowadzenia badań i leczenia zabiegowego w trybie nagłym, ratującym życie wyrażam zgodę na ich wykonanie zgodnie z obecnym stanem wiedzy medycznej.

Czytelny podpis pacjenta

*w przypadku braku PESEL