

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**

Ja niżej podpisany/a

Opiekun prawny Pana/i

PESEL

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

 lub *

Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

Oświadczam, że jako opiekun prawny w/w pacjenta wyrażam świadomą zgodę na jego 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 diagnostycznych i leczenia zabiegowego w trybie nagłym, ratującym życie wyrażam zgodę na ich wykonanie zgodnie z obecnym stanem wiedzy medycznej.

.....
Czytelny podpis opiekuna prawnego

*w przypadku braku PESEL