

OŚWIADCZENIE PACJENTA HOSPITALIZOWANEGO LUB JEGO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Imię i nazwisko:

PESEL / Data urodzenia:

ur.

☐ WYRAŻAM ZGODĘ ☐ NIE WYRAŻAM ZGODY

NA PRZEKAZYWANIE INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH PACJENTOWI PANU(I):

(można upoważnić wiele osób):

Imię i nazwisko

PESEL / Data urodzenia

Dane kontaktowe (numer telefonu/adres e-mail)

WARUNKI POWIADOMIENIA W PRZYPADKU NAGŁEGO POGORSZENIA STANU ZDROWIA PACJENTA:

☐ TELEFONICZNIE ☐ SMS ☐ E-MAIL

☐ BRAK OKREŚLONEJ PORY DNIA I NOCY ☐ OKREŚLONA PORA DNIA I NOCY

ORIENTACYJNY CZAS DOJAZDU DO
SZPITALA:

Imię i nazwisko

PESEL / Data urodzenia

Dane kontaktowe (numer telefonu/adres e-mail)

WARUNKI POWIADOMIENIA W PRZYPADKU NAGŁEGO POGORSZENIA STANU ZDROWIA PACJENTA:

☐ TELEFONICZNIE ☐ SMS ☐ E-MAIL

☐ BRAK OKREŚLONEJ PORY DNIA I NOCY ☐ OKREŚLONA PORA DNIA I NOCY

ORIENTACYJNY CZAS DOJAZDU DO
SZPITALA:

Imię i nazwisko

PESEL / Data urodzenia

Dane kontaktowe (numer telefonu/adres e-mail)

WARUNKI POWIADOMIENIA W PRZYPADKU NAGŁEGO POGORSZENIA STANU ZDROWIA PACJENTA:

☐ TELEFONICZNIE ☐ SMS ☐ E-MAIL

☐ BRAK OKREŚLONEJ PORY DNIA I NOCY ☐ OKREŚLONA PORA DNIA I NOCY

ORIENTACYJNY CZAS DOJAZDU DO
SZPITALA:

Miejscowość i data

Podpis Pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego