

Imię i nazwisko pacjenta

.....

PESEL

Z G O D A P A C J E N T A

1. Wyrażam zgodę na pobyt oraz na udzielenie wymaganego moim stanem zdrowia świadczenia medycznego przez Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy / Zakład Opiekuńczo-Leczniczym* w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Długoterminowej w Augustowie, Ul. 1 Pułku Ułanów Krechowieckich 17

data.....Podpis pacjenta.....

2. Upoważniam

Imię i nazwisko, adres , telefon

.....

do kontaktu z zakładem opieki zdrowotnej oraz do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach medycznych.

data.....Podpis pacjenta.....

3.Upoważniam.....

imię i nazwisko, adres

.....

..... do dostępu do mojej dokumentacji medycznej.

data.....Podpis pacjenta.....

4. Oświadczam, iż SPZZOD nie podnosi odpowiedzialności za rzeczy wartościowe i pieniądze.

Zapoznałem/am się

.....

Uwaga: W przypadku braku upoważnienia, zgody, proszę o wpisanie adnotacji : Nie upoważniam, nie wyrażam zgody

** Właściwe zaznaczyć*