

Jastrzębie – Zdrój, dnia

.....
Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

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

lub

.....
Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość*.....
Miejsce i data urodzenia.....
Adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE W SPRAWIE WYRAŻENIA ZGODY NA POBYT I LECZENIE
W ZAKŁADZIE LECZNICZO – OPIEKUŃCZYM DLA DZIECI „BETLEJEM”
ul. Pszczyńska 11, 44 – 335 Jastrzębie – Zdrój**

Ja niżej podpisany/a.....

Opiekun prawny

Imię i nazwisko pacjenta

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 „Betlejem” 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