



Rok zał. 1901
SZPITAL DZIECIĄTKA JEZUS

Szpital Kliniczny
Dzieciątka Jezus

ZGODA NA HOSPITALIZACJĘ w OIT

Upoważnienie do uzyskania informacji o stanie zdrowia
i wglądu w dokumentację medyczną

Data:

PACJENT:

Imię i nazwisko PESEL

Adres zamieszkania:

Nr dokumentu tożsamości: Nr telefon

OŚWIADCZENIE

Niniejszym wyrażam zgodę na proponowane leczenie w OIT. Zgadzam się na proponowane procedury diagnostyczne i lecznicze, w szczególności: założenie centralnych dostępów naczyniowych, intubację i wentylację mechaniczną, ciągłą terapię nerkozastępczą, przetaczanie preparatów krwiopochodnych. Zostałem poinformowany o istocie proponowanych procedur leczniczych, ich celowości i ryzyku.

.....
Data i CZYTELNY podpis pacjenta /
opiekuna / osoby upoważnionej.

OŚWIADCZENIE

Niniejszym upoważniam do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia, udzielonych mi świadczeń medycznych oraz do wglądu i odbioru dokumentacji medycznej:

Imię i nazwisko Nr telefon

Adres zamieszkania:

.....
Data i CZYTELNY podpis pacjenta / opiekuna
/ osoby upoważnionej.

OŚWIADCZENIE O UDZIELANIU INFORMACJI

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji

.....
Data i CZYTELNY podpis pacjenta / opiekuna
/ osoby upoważnionej.