

Piszkowice, dnia .....

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

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

lub \*

.....

Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

.....  
Data i miejsce urodzenia

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

Kod pocztowy

Adres

.....  
Telefon kontaktowy

**ZGODA NA POBYT I LECZENIE W ZAKŁADZIE LECZNICZO-OPIEKUŃCZYM  
DLA DZIECI W PISZKOWICACH, PISZKOWICE 53, 57-300 KŁODZKO**

Wyrażam zgodę na 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 i leczenia zabiegowego w trybie nagłym, ratującym życie wyrażam zgodę na ich wykonanie zgodnie z obecnym stanem wiedzy medycznej.

.....  
Czytelny podpis pacjenta

\*w przypadku braku PESEL