

Jaszkotle, 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
OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM DLA DZIECI
W JASZKOTLU 21, 55-080 KĄTY WROCŁAWSKIE**

Wyrażam zgodę na pobyt i leczenie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym dla Dzieci im. Bł. Jana Pawła II prowadzonym przez Zgromadzenie Sióstr Maryi Niepokalanej w Jaszkotlu oraz korzystanie z udzielanych przez Zakład świadczeń zdrowotnych obejmujących w szczególności: czynności związane z leczeniem, pielęgnacją i opieką pielęgniarską oraz lekarską, badaniami diagnostycznymi, leczeniem żywieniowym, rehabilitacją.

W razie konieczności przeprowadzenia badań i leczenia zabiegowego w trybie nagłym, ratującym życie pacjenta - wyrażam zgodę na ich wykonanie zgodnie z obecnym stanem wiedzy medycznej.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

Czytelny podpis pacjenta

* w przypadku braku PESEL