



.....
imię i nazwisko opiekuna prawnego pacjenta

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
telefon kontaktowy

Oświadczenie opiekunów prawnych pacjenta

Zgoda na pobyt i leczenie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie

Ja niżej podpisana /-ny:,
imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa

prawny opiekun Pani / Pana:

.....
imię i nazwisko, data urodzenia pacjenta, PESEL

wyrażam zgodę pobyt i leczenie oraz korzystanie przez podopiecznego z udzielanych przez Zakład świadczeń zdrowotnych obejmujących w szczególności: czynności związane z leczeniem, pielęgnacją i opieką pielęgniarską, badaniami diagnostycznymi, dietą i 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.

Krosno, dnia

.....
Podpis opiekuna prawnego