Imię i nazwisko pacjenta .............................................................................................................

1. PESEL .................................................................................................
2. **Z G O D A   P A C J E N T A**
3. 1. Wyrażam zgodę na pobyt oraz na udzielenie wymaganego moim stanem zdrowia świadczenia medycznego przez Zakład Opiekuńczo–Leczniczy/ Zakład Opiekuńczo-Leczniczy dla Wentylowanych Mechanicznie w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II w Suwałkach ul. Szpitalna 54, 16-400 Suwałki ( właściwe zaznaczyć)
4. data............................Podpis pacjenta...................................................................................
5. 2. Upoważniam ......................................................................................................................

*Imię i nazwisko, adres , telefon*

1. ...............................................................................................................................................
2. do kontaktu z zakładem opieki zdrowotnej oraz do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach medycznych.
3. data............................Podpis pacjenta....................................................................................
4. 3. Upoważniam
5. ....................................................................................................................................................
6. imię i nazwisko, adres
7. ………………………………………………………………………………………………………
8. do dostępu do mojej dokumentacji medycznej.

data............................Podpis pacjenta.................................................................................

*Uwaga: W przypadku braku upoważnienia, zgody proszę o wpisanie adnotacji : Nie upoważniam, nie wyrażam zgody*