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
6. ........................................................................................................................................

*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. *imię i nazwisko, adres, telefon*
6. do dostępu do mojej dokumentacji medycznej.

Data............................Podpis pacjenta...................................................................

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