



.....
miejsowość i data

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
Telefon kontaktowy

ZGODA PACJENTA

Wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Zespołu Długoterminowej Opieki Domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie przez :**ST. VINCENT MEDICAL CENTER Sp.z o.o. 00-180 WARSZAWA,UL. MIŁA 6 LOK. B**

Upoważniam(imię i nazwisko, telefon) :

.....
.....
.....

- a) do kontaktu ST. VINCENT MEDICAL CENTER Sp.z o.o.
- b) do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeń zdrowotnych,
- c) do otrzymania dokumentacji medycznej.

.....
podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego pacjenta