

**I. Pacjent zdolny do wyrażenia woli \***

.....  
/Imię i nazwisko pacjenta/

1. Wyrażam zgodę na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (przyjęcie do Szpitala, udzielenie porady)\*\*

.....  
/Data/

.....  
/Podpis pacjenta/

2. Wyrażam zgodę na wykonywanie następujących badań i zabiegów: pobieranie krwi do badań laboratoryjnych; założenie drogi dożylniej; podawanie leków drogą doustną, dożylną, podskórną, wziewną, doodbytniczą, cewnikowanie pęcherza moczowego, jeśli będą one niezbędne do postawienia diagnozy i/lub leczenia.

.....  
/Data/

.....  
/Podpis pacjenta/

3. Upoważniam niżej wymienione osoby do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych/ nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.\*\*

	Imię i nazwisko	Dane do kontaktu	St. pokrewieństwa
1.			
2.			

.....  
/Data/

.....  
/Podpis pacjenta/

4. Upoważniam niżej wymienioną osobę do udostępnienia jej mojej dokumentacji medycznej / nie upoważniam nikogo do udostępniania mu mojej dokumentacji medycznej.\*\*

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa

.....  
/Data/

.....  
/Podpis pacjenta/

Oświadczam, iż zostałem/łam poinformowany/a, że w Centrum Medycznym im. dr. L. Rydygiera funkcjonuje depozyt rzeczy wartościowych.

Jestem świadomy, że w przypadku odmowy złożenia rzeczy w powyższym depozycie biorę na siebie odpowiedzialność za ewentualną utratę, zniszczenie lub zgubienie rzeczy.

.....  
/Data/

.....  
/Podpis pacjenta/

Oświadczenie przyjął .....

\* wypełnić tylko jedną część zgodnie ze stanem faktycznym, \*\* właściwe podkreślić