



**SZPITAL KLINICZNY IM. DR. EMILA WARMIŃSKIEGO POLITECHNIKI BYDGOSKIEJ
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BYDGOSZCZY**

Nr ks. rej.: 000000002247 REGON: 092354746-00027 NIP: 9532293970
ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz
Tel. 52 370 91 02
szpital.pbs.edu.pl, e-mail: sekretariat@szpital.pbs.edu.pl

Bydgoszcz, dnia

PR5_PJ16_F16

ZGODA NA PRZEKAZANIE DZIECKA DO OITN / INNEGO SZPITALA I LECZENIE

Imię i nazwisko Dziecka:

Data urodzenia/
PESEL Dziecka:

Nr księgi głównej:

Wyrażam zgodę na przekazanie mojego dziecka do

Oddziału Intensywnej Terapii Noworodka* innego szpitala* i leczenie.*

Nazwa szpitala

Zobowiązuję się stawić na każde wezwanie do szpitala.

Nr tel. rodzica/opiekuna prawnego:

| | | |
|----------------------|--------------------------------|--|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <i>Data</i> | <i>Czytelny podpis rodzica</i> | <i>Czytelny podpis opiekuna prawnego</i> |

| | |
|----------------------|--|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <i>Data</i> | <i>Podpis lekarza przyjmującego oświadczenie</i> |

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

| | | |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <i>Data</i> | <i>Podpis lekarza</i> | <i>Podpis świadka</i> |

*zaznaczyć właściwe