



**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_F17

ZGODA NA TRANSPORT KARETKĄ „N”

Wyrażam zgodę na przekazanie mojego dziecka:

Imię i nazwisko Dziecka:

Data urodzenia/
PESEL Dziecka:

Nr księgi głównej:

na transport karetką „N” do:

(nazwa szpitala i oddziału)

Jednocześnie **wyrażam zgodę** na:

- wykonanie niezbędnych procedur medycznych związanych z ratowaniem życia,
- dalsze leczenie i diagnostykę;
- ewentualne zabiegi chirurgiczne;
- znieczulenie ogólne;
- ewentualne toczenie uzupełniające preparatów krwiopochodnych;
- ewentualne przekazanie do innego ośrodka;
- szczepienia.

Upoważniam do informowania o stanie zdrowia dziecka:

(imię i nazwisko/ stopień pokrewieństwa/ nr telefonu)

Wyrażam / **nie wyrażam** zgody na udzielanie informacji o stanie zdrowia dziecka drogą telefoniczną.

Zobowiązuję się stawić na każde wezwanie do szpitala.

Nr tel. rodzica/opiekuna prawnego:

<i>Data</i>	<i>Czytelny podpis rodzica</i>	<i>Czytelny podpis opiekuna prawnego</i>

Imię i nazwisko: PESEL: Nr ks. gt.:

Podpisanie formularza jest niemożliwe z powodu:

<i>Data</i>	<i>Podpis lekarza</i>	<i>Podpis świadka</i>

*zaznaczyć właściwie