



**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

OŚWIADCZENIE PACJENTA WYPISUJĄCEGO SIĘ NA WŁASNE ŻĄDANIE

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Imię i nazwisko
Przedstawiciela ustawowego:

PESEL Przedstawiciela
ustawowego:

Ja,

niżej podpisany / -a (działając jako przedstawiciel ustawowy

** niniejszym, zgodnie art. 29 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, wypisuję się na własne żądanie.

<i>Data</i>	<i>Godzina</i>	<i>Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych (zaprzestania diagnozowania i leczenia) oraz o skutkach podjętej decyzji, a w szczególności:

Imię i nazwisko: PESEL: Nr ks. gt.:

Oświadczam, że w pełni zrozumiałem / -łam informacje o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych (zaprzestania diagnozowania i leczenia) przekazane mi podczas rozmowy wyjaśniającej z lekarzem:

--

(imię i nazwisko lekarza)

Jestem świadomy, że ww. następstwa są przykładowe i niekompletne, ponieważ przerwanie procesu diagnostyczno-leczniczego nie daje pełnego obrazu stanu zdrowia pacjenta.

Zostałem poinformowany, że procesu diagnostyczno-leczniczego nie zakończono oraz że zalecane i możliwe jest jego podjęcie w każdym momencie.

Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób dla mnie przystępny, zrozumiały i wyczerpujący. Ponadto zostałem / -łam w pełni poinformowany/na o stanie mojego zdrowia.

<i>Data</i>	<i>Godzina</i>	<i>Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego</i>

Ocena kontaktu słowno-logicznego z pacjentem:

--

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

Oświadczam, że działam z pełną świadomością swoich decyzji i podtrzymuję żądanie wypisania się z Oddziału

--

Szpitala Klinicznego im. Dr. Emila Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej. Ponoszę pełną odpowiedzialność i przyjmuję pełne ryzyko za podjętą decyzję.

<i>Data</i>	<i>Godzina</i>	<i>Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego</i>

* niepotrzebne skreślić

** należy potwierdzić tożsamość pacjenta / przedstawiciela ustawowego na podstawie okazanego dokumentu tożsamości

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

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

Podstawa prawna art. 29 ustawy o działalności leczniczej:

1. Wypisanie pacjenta ze szpitala albo innego zakładu leczniczego, podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej, następuje:
 - a) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w tym zakładzie leczniczym
 - b) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego
 - c) gdy pacjent w sposób rażąco narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób
 - d) jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, można odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych sąd opiekuńczy, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej
2. W przypadku, o którym mowa w pkt d), niezwłocznie zawiadamia się właściwy sąd opiekuńczy o odmowie wypisania i jej przyczynach
3. Pacjent występujący z żądaniem, o którym mowa w pkt b), jest informowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych. Pacjent taki składa pisemne oświadczenie o wypisaniu na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.