



**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_PJ6_F9

OŚWIADCZENIE WOLI PACJENTA
DOTYCZĄCE INFORMOWANIA OSÓB TRZECICH O POGORSZENIU STANU ZDROWIA

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

W razie pogorszenia się mojego stanu zdrowia powodującego zagrożenie życia lub w razie mojej śmierci proszę powiadomić następującą osobę instytucję przedstawiciela ustawowego*:

1. Imię i Nazwisko

nr telefonu

2. Imię i Nazwisko

nr telefonu

3. Instytucja

nr telefonu

4. Przedstawiciel ustawowy

nr telefonu

5. Nie powiadamiać nikogo

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Data</i>	<i>Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego</i>	<i>Czytelny podpis opiekuna faktycznego</i>

Potwierdzam tożsamość pacjenta na podstawie okazanego dokumentu tożsamości.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Data</i>	<i>Podpis osoby poświadczającej</i>

*zaznaczyć właściwe