

Gliwice, dnia.....

Oświadczenie

Ja niżej podpisana..... w związku z przyjęciem mnie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Gliwicach, przy ul. Zygmunta Starego 19, 44-100 Gliwice, przyjmuję do wiadomości, że Zakład nie bierze odpowiedzialności za moje leczenie w wypadku, gdy ja lub ktokolwiek inny przyprowadzi do mnie lekarza, lub inną osobę uprawnioną do leczenia nie zatrudnioną w Zakładzie, która zaaplikuje mi jakiegokolwiek inne leki niż leki przepisane przez lekarza zatrudnionego w Zakładzie.

Zdaję sobie, zatem sprawę z faktu, iż w przypadku podjęcia przeze mnie leczenia nie konsultowanego z lekarzem zatrudnionym w Zakładzie, (z wyjątkiem konsultacji zleconych przez tegoż lekarza) Zakład będzie zwolniony ze wszelkiej odpowiedzialności wobec mnie i mojej rodziny.

Oświadczam również, iż zostałam poinformowana, że jedynymi osobami uprawnionymi do udzielania informacji dotyczących stanu zdrowia innych pensjonariuszek Zakładu jest jedynie personel medyczny oraz dyrektor Zakładu.

Świadoma powyższej deklaracji, zobowiązuję się do jej przestrzegania, wobec czego dobrowolnie i ze zrozumieniem jej treści składam poniżej mój podpis.

.....
podpis

.....
Gliwice,

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisana legitymująca się dowodem osobistym, pesel, upoważniam..... legitymującą/y się dowodem osobistym....., pesel..... do udzielania informacji o stanie mojego zdrowia.

.....
podpis

.....
Gliwice,

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisana legitymująca się dowodem osobistym, pesel..... upoważniam..... legitymującą/y się dowodem osobistym, pesel..... do wydania dokumentacji niezbędnej do zorganizowania pogrzebu w razie mojej śmierci.

.....
podpis