

**OŚWIADCZENIE PACJENTA O ZAPOZNANIU SIĘ I AKCEPTACJI
REGULAMINU POBYTU W IZOLATORIUM**

Ja niżej podpisany/a

Zamieszkały/a

Nr PESEL:

OŚWIADCZAM,

że zapoznałem/łam się z Regulaminem pobytu w izolatorium oraz akceptuję jego treść.
Jednocześnie zobowiązuje się do stosowania i przestrzegania zasad objętych niniejszym
Regulaminem podczas mojego przebywania w izolatorium.

.....

(miejsowość i data)

.....

(podpis Pacjenta)

Oświadczenie Pacjenta Izolatorium

Ja niżej podpisany/a,

PESEL _____, oświadczam:

1. O dobrowolnym i w pełni świadomym wyrażeniu zgody/nie wyrażeniu zgody na pobyt w izolatorium, zastosowanie ewentualnych metod leczenia i procedur laboratoryjnych i innych diagnostycznych.

.....

Data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

2. O upoważnieniu/nie upoważnieniu osoby bliskiej do informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych oraz dostępie do dokumentacji medycznej Panią/Pana.....
zam..... tel.

a) informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

b) uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej

.....

data podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

***OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/ OPIEKUNA
FAKTYCZNEGO PACJENTA**

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym /opiekunem faktycznym małoletniego /osoby ubezwłasnowolnionej.

.....

(imię i nazwisko małoletniego, osoby ubezwłasnowolnionej, wpisać czytelnie drukowanymi literami),

.....

data, czytelny podpis przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego

Krynica- Zdrój, dnia _____ 2020r.

OŚWIADCZENIE PACJENTA
o pokryciu zakupów prywatnych

Ja, niżej podpisany/a _____, PESEL _____,
(imię i nazwisko)
adres _____ oświadczam, że wszelkie wydatki tymczasowo poniesione przez SP ZOZ Sanatorium Uzdrowskie MSWiA w Krynicy-Zdroju im. bł. Karoliny Kózkówny w związku z wydanymi przeze mnie dyspozycjami dotyczącymi zrealizowania moich prywatnych zakupów, złożone za pośrednictwem wiadomości sms wysłanej z mojego numeru telefonu komórkowego _____ na numer telefonu komórkowego podany przez SP ZOZ Sanatorium Uzdrowskie MSWiA w Krynicy-Zdroju im. bł. Karoliny Kózkówny, w okresie mojego pobytu w izolatorium prowadzonym przez SP ZOZ Sanatorium Uzdrowskie MSWiA w Krynicy-Zdroju im. bł. Karoliny Kózkówny, ul. Nitribitta 4, 33-380 Krynica-Zdrój (zgodnie z regulaminem pobytu w izolatorium), zobowiązuje się pokryć/zwrócić w całości z własnych środków najpóźniej w dniu wypisu z ww. izolatorium. Płatność dokonam w recepcji lub kasie SP ZOZ Sanatorium Uzdrowskiego MSWiA w Krynicy- Zdroju im. bł. Karoliny Kózkówny, ul. Nitribitta 4, 33-380 Krynica-Zdrój, na podstawie wystawionej faktury/rachunku.

(podpis- imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)