

Oświadczenie dotyczące Pacjenta/Pacjentki

.....
nazwisko, imię pacjenta

.....
nr PESEL

.....
nr Ks. Gł.

I. Informacja o osobach bliskich –rodzinie pacjenta

1.....
Imię i nazwisko (pokrewieństwo)

.....
Adres , telefon

2.....
Imię i nazwisko (pokrewieństwo)

.....
Adres , telefon

3.....
Imię i nazwisko (pokrewieństwo)

.....
Adres , telefon

Nazwa, adres Poradni POZ Pacjenta

.....
W przypadku zgonu pacjenta wymienionego wyżej wskazuję do wykonania posługi zakład pogrzebowy :

.....
nazwa, adres zakładu

W przypadku braku wyboru i nie wskazaniu zakładu pogrzebowego uprawnionego do posługi pośmiertnej, po bezskutecznej próbie nawiązania ze mną kontaktu w ciągu 2 godzin od momentu stwierdzenia zgonu mojego podopiecznego/podopiecznej, wyrażam zgodę na samodzielne w tym przedmiocie postępowanie Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego prowadzonego przez Centrum Zdrowia w Mikołowie Sp. z o. o.

Data

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie –
uprawniony opiekun/członek rodziny