

**ZGODA NA SZPITALNE LECZENIE
REHABILITACYJNE DLA OSOBY
PONIŻEJ 18. ROKU ŻYCIA**

NAZWISKO PACJENTA	IMIĘ	INICJAŁ DRUGIEGO IMIENIA
NR SPRAWY		
PLACÓWKA	WYDZIAŁ	

INSTRUKCJA: Proszę przygotować jeden (1) egzemplarz akt sprawy pacjenta.

Ja, niżej podpisany, wyrażam zgodę na leczenie ww. pacjenta w wyżej wymienionej placówce. Rozumiem, że będzie on/ona przebywał/a na oddziale otwartym, będzie leczony/-a z pacjentami dorosłymi i podlegał/a regulaminowi placówki. Rozumiem, że ma on/ona prawo wypisać się z ww. placówki w dowolnym momencie. Ponadto rozumiem, że może on/ona otrzymać przepustki uprawniające do opuszczania placówki oraz może zostać wypisany/-a przez dyrektora placówki na podstawie oceny klinicznej personelu.

(Podpis rodzica/opiekuna, jeśli jest wymagany)

(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna drukowanymi literami)

(Związek z pacjentem)

(Data)