



Centrum Diagnostyczno – Lecznicze „Barska” Sp. z o.o.

ZGODA PACJENTA

na wykonanie zabiegu operacyjnego w trybie komercyjnym
w Centrum Diagnostyczno-Leczniczym Barska Sp. z o.o. we Włocławku.

Imię i nazwisko pacjenta

nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2008 nr 136 poz. 857 z późniejszymi zmianami) oraz art. 16 -18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu w tutejszym szpitalu / poradni. Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnych z informacjami zawartymi w dokumentacji medycznej. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi. **Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu**

.....
w trybie komercyjnym, mając wiedzę, że świadczenie to znajduje się w koszyku świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych i tym samym świadomie i dobrowolnie rezygnuję z wykonania tego zabiegu w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o kosztach wykonania zabiegu w kwocie PLN, którą akceptuję i zobowiązuję się ponieść przed rozpoczęciem procesu leczenia.

.....
Podpis i pieczęć lekarza operującego

.....
Czytelny podpis pacjenta (opiekuna prawnego)

Włocławek, dnia