

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisana(y)
zamieszkała(y)
oświadczam, że zostałam(em) w sposób dla mnie zrozumiały i wyczerpujący poinformowana(y)
przez dra o stanie mojego zdrowia
oraz o konieczności przyjęcia mnie do szpitala celem diagnostyki i leczenia.

Pomimo powyższego jednak, w pełni świadoma(y) wszelkich ujemnych następstw mojej
decyzji dla zdrowia, do utraty życia włącznie - w chwili obecnej postanawiam zrezygnować
z proponowanego leczenia szpitalnego.

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

.....
(podpis pacjenta / ewentualnie opiekuna)*

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis świadka)**

*) w przypadku dziecka 0-16 lat podpisuje opiekun dziecka, w przypadku młodzieży w wieku 16-18 lat podpisuje osoba
zainteresowana oraz opiekun

**) wymagany jest podpis świadka w przypadku odmowy podpisania oświadczenia przez osobę zainteresowaną

ZOZ DRP-009