



..... dnia r.

OŚWIADCZENIE PACJENTA

(dotyczy: świadczenia opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego „Standardu szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy”)

Ja niżej podpisana:

- Dane świadczeniobiorcy:

Imię i nazwisko

Numer PESEL (jeśli został nadany): |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Rodzaj, numer i seria dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)

.....

po uzyskaniu informacji o świadczeniu opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego „Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy” oraz możliwości i sposobu składania uwag, wyrażam zgodę na udział w programie pilotażowym.

.....
Podpis składającego oświadczenie

Dane dotyczące liczby dni pobytu:

Data pobytu – od do
(dd/mm/rrrr) (dd/mm/rrrr)

Ilość osobodni

.....
Podpis pracownika świadczeniodawcy