

Dane Pacjenta		
Imię i nazwisko	Data urodzenia	PESEL
Adres zamieszkania	Telefon	Adres e-mail

Dane Szpitala:

.....

**OŚWIADCZENIE
 O WYPISANIU SIĘ ZE SZPITALA NA WŁASNE ŻĄDANIE**

Oświadczam, iż postanawiam wypisać się ze Szpitala na własne żądanie w trybie natychmiastowym.

data i czytelny podpis Pacjenta

Wypełnia lekarz:

Możliwe następstwa zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych oraz możliwe skutki podjętej decyzji Pacjenta o wypisaniu się na własne żądanie (przyczyna hospitalizacji i możliwe skutki zaprzestania leczenia:

.....

 data, pieczętka i podpis lekarza

Po otrzymaniu powyższych informacji od lekarza oświadczam, że:

- posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz nie zostałem/am ubezwłasnowolniony/a częściowo lub w całości;
- zostałem/am poinformowany/a przez lekarza w sposób jasny i czytelny o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych oraz o skutkach podjętej decyzji o wypisaniu się ze Szpitala na własne żądanie i działam z pełną świadomością swoich decyzji;
- podtrzymuję decyzję o wypisaniu się ze Szpitala na własne żądanie w trybie natychmiastowym;
- ponoszę pełną odpowiedzialność i przyjmuję pełne ryzyko związane z podjętą decyzją.

data i czytelny podpis Pacjenta