



PRIMUS Sp. z o.o.
SZPITAL - PRIMUS
ul. Szkolna 12; 42-470 Brudzewice
tel. 32 67 41 227; 32 67 42 912

ODDZIAŁ

Nazwisko Pacjenta: _____

Imię Pacjenta: _____

PESEL: _____

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

- zostałem/am zapoznany/a z kartą „Wskazówki dla pacjenta przygotowującego się do zabiegu w ramach oddziałów szpitalnych”, a egzemplarz z wyznaczoną datą zabiegu otrzymałem/am,
- zostałem/am poinformowany/a o najbliższym wolnym terminie na wykonanie zabiegu, tj. i nie przyjąłem/am go, gdyż już dziś wiem, że nie będę mógł/mogła stawić się w danym dniu,
- zostałem/am poinformowany/a o możliwości wcześniejszego terminu zabiegu u innego lekarza lecz nie wyraziłem/am zgody na wskazany termin, gdyż wolę oczekiwać na wolny termin u mojego lekarza prowadzącego,
- jeżeli zwolni się wcześniejsze miejsce na zabieg u mojego lekarza prowadzącego to przyjmę każdy zaproponowany termin przez PRIMUS Sp. z o.o.,
- nie jestem zainteresowany/a wcześniejszym terminem zabiegu niż ten, który został mi wyznaczony w dniu dzisiejszym, tj.
- jeśli miałbym/abym możliwość wyboru, to najlepiej odpowiadałby mi termin zabiegu w okresie
- jeżeli zrezygnuję z wyznaczonego terminu zabiegu to poinformuję niezwłocznie o mojej decyzji PRIMUS Sp. z o.o. (w takim przypadku oryginał mojego skierowania odbiorę osobiście albo poinformuję pisemnie o zniszczeniu dokumentu albo odesłaniu go na wskazany przeze mnie adres).

.....
Data i podpis pacjenta/ opiekuna prawnego