

INFORMACJA O LEKARZU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ OSOBACH BLISKICH

W związku ze zgodą na przyjęcie moje / Pana
(imię i nazwisko pacjenta)

do Samodzielnego Publicznego Zakładu Leczniczo-Opiekuńczego w Raciążku informuję,
że:

- obecnie (przed przyjęciem do SP ZLO) *pozostaję/mój podopieczny pozostaje** pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej jn.

Imię i nazwisko lekarza	Nazwa i adres podmiotu leczniczego, w którym lekarz pracuje	Nr telefonu do lekarza lub do podmiotu leczniczego, w którym lekarz pracuje

- podczas pobytu *mojego/mojego podopiecznego** w SP ZLO w Raciążku, żyjącymi członkami rodziny *mojej/mojego podopiecznego** lub osobami bliskimi, z którymi *chcę/mój podopieczny chce** utrzymywać kontakt są:

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Adres do kontaktu	Nr telefonu do kontaktu

* niepotrzebne skreślić

.....
(miejsowość , data)

.....
(podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)