

....., dnia.....

.....
Imię i nazwisko Pacjenta

.....
ID Pacjenta (nr EKUZ / nr paszportu)

.....
Narodowość

OŚWIADCZENIE

Ze względu na brak znajomości języka polskiego oraz na podstawie Art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. 2016.186 ze zm.), wyrażam zgodę na obecność tłumacza podczas udzielania mi świadczeń zdrowotnych.

.....
Podpis Pacjenta

....., dnia.....

.....
Imię i nazwisko Pacjenta

.....
ID Pacjenta (nr EKUZ / nr paszportu)

.....
Narodowość

OŚWIADCZENIE

Ze względu na brak znajomości języka polskiego oraz na podstawie Art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. 2016.186 ze zm.), wyrażam zgodę na obecność tłumacza podczas udzielania mi świadczeń zdrowotnych.

.....
Podpis Pacjenta