

.....  
Pieczętka ZLO

## ZGODA PACJENTA

.....  
imię i nazwisko, pesel pacjenta

Wyrażam świadomą zgodę na wizytę/cykl wizyt\* lekarza/pielęgniarki/położnej\* w domu – wraz ze zgodą na wiążące się zwiększone ryzyko epidemiologiczne zawleczenia zakażeń COVID-19 przez personel medyczny.

.....  
data i podpis pacjenta

\* niepotrzebne skreślić

.....  
Pieczętka ZLO

## ZGODA PACJENTA

.....  
imię i nazwisko, pesel pacjenta

Wyrażam świadomą zgodę na wizytę/cykl wizyt\* lekarza/pielęgniarki/położnej\* w domu – wraz ze zgodą na wiążące się zwiększone ryzyko epidemiologiczne zawleczenia zakażeń COVID-19 przez personel medyczny.

.....  
data i podpis pacjenta

\* niepotrzebne skreślić