

ZGODA NA LECZENIE PACJENTAW PRZYCHODNI POZ DIMEDIC  
UL. ZBAŚZYŃSKA 3C, 91-342 ŁÓDŹ

ЗГОДА НА ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНА  
В КЛІНІЦІ POZ DIMEDIC  
УЛ. ЗБАŚZYŃСКА 3С, 91-342 ЛОДЗЬ

.....  
(imię i nazwisko pacjenta)  
(ім'я та прізвище пацієнта)

.....  
(adres zamieszkania w Polsce)  
(адреса проживання в Польщі)

.....  
(numer telefonu)  
(номер телефону)

.....  
(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego)  
(прізвище та ім'я БАТЬКІВСЬКІ ДАНІ )

.....  
(rodzaj i numer dokumentu tożsamości przedstawiciela ustawowego)  
(вид і номер документа, що посвідчує особу законного представника)

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym pacjenta:  
**Я заявляю, що є законним представником пацієнта:**

.....  
(imię i nazwisko pacjenta)  
(ім'я та прізвище пацієнта)

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie u pacjenta potrzebnych badań, w tym badań fizykalnych, laboratoryjnych (badania krwi), obrazowych (RTG, USG) oraz wdrożenie leczenia zaproponowanego przez lekarza Przychodni DIMEDIC, w tym na stosowanie zaleconych środków farmakologicznych.

Я даю згоду на проведення необхідних досліджень пацієнта, включаючи фізикальні, лабораторні (аналіз крові) та візуалізаційні дослідження (рентген, ультразвукове дослідження), а також проведення лікування, запропонованого лікарем клініки DIMEDIC, включаючи використання призначених фармакологічних засобів.

.....  
(data i podpis przedstawiciela ustawowego)  
(дата та підпис законного представника)