



DOKUMENT ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA

**UPOWAŻNIENIE DO ZABIERANIA DZIECKA POZA
TEREN ODDZIAŁU PODCZAS LECZENIA DZIECKA
W ODDZIALE UZDROWISKOWEGO LECZENIA
SZPITALNEGO DZIECI (ODDZIAŁ B)**

Wydanie 5

z dnia 12.06.2024

Numer dokumentu
ROB/Zał. nr 3

Strona:

1. Imię i Nazwisko Dziecka:

2. Imię i Nazwisko Rodzica lub Opiekuna prawnego:

.....

3. PESEL Rodzica lub Opiekuna prawnego:

.....

4. Imię i Nazwisko Osoby upoważnionej do zabierania dziecka poza teren oddziału
podczas odwiedzin:

.....

5. PESEL/Nr dowodu osobistego Osoby upoważnionej:

.....

6. Stopień pokrewieństwa osoby upoważnionej

.....

7. Czy Osoba upoważniona może odebrać dziecko wraz z dokumentacją medyczną po
zakończeniu leczenia (*proszę zakreślić odpowiednio*): **TAK/NIE**

.....

podpis Rodzica/Opiekuna prawnego

.....

miejsowość, data

.....

podpis osoby przyjmującej oświadczenie (ŚCRU)



DOKUMENT ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA

**UPOWAŻNIENIE DO ZABIERANIA DZIECKA POZA
TEREN ODDZIAŁU PODCZAS LECZENIA DZIECKA
W ODDZIALE UZDROWISKOWEGO LECZENIA
SZPITALNEGO DZIECI (ODDZIAŁ B)**

Wydanie 5

z dnia 12.06.2024

**Numer dokumentu
ROB/Zał. nr 3**

Strona:

Imię i Nazwisko Dziecka

Imię i Nazwisko Osoby upoważnionej

Osoba upoważniona zweryfikowana przez

Odwiedziny w dniu.....Od godz do godz.....

Podpis Osoby upoważnionej

Osoba upoważniona zweryfikowana przez

Odwiedziny w dniu.....Od godz do godz.....

Podpis Osoby upoważnionej

Osoba upoważniona zweryfikowana przez

Odwiedziny w dniu.....Od godz do godz.....

Podpis Osoby upoważnionej

Osoba upoważniona zweryfikowana przez

Odwiedziny w dniu.....Od godz do godz.....

Podpis Osoby upoważnionej

Osoba upoważniona zweryfikowana przez

Odwiedziny w dniu.....Od godz do godz.....

Podpis Osoby upoważnionej



DOKUMENT ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA

**UPOWAŻNIENIE DO ZABIERANIA DZIECKA POZA
TEREN ODDZIAŁU PODCZAS LECZENIA DZIECKA
W ODDZIALE UZDROWISKOWEGO LECZENIA
SZPITALNEGO DZIECI (ODDZIAŁ B)**

Wydanie 5

z dnia 12.06.2024

**Numer dokumentu
ROB/Zał. nr 3**

Strona:

Imię i Nazwisko Dziecka

Imię i Nazwisko Osoby upoważnionej

Osoba upoważniona zweryfikowana przez

Odwiedziny w dniu.....Od godz do godz.....

Podpis Osoby upoważnionej

Osoba upoważniona zweryfikowana przez

Odwiedziny w dniu.....Od godz do godz.....

Podpis Osoby upoważnionej

Osoba upoważniona zweryfikowana przez

Odwiedziny w dniu.....Od godz do godz.....

Podpis Osoby upoważnionej

Osoba upoważniona zweryfikowana przez

Odwiedziny w dniu.....Od godz do godz.....

Podpis Osoby upoważnionej

Osoba upoważniona zweryfikowana przez

Odwiedziny w dniu.....Od godz do godz.....

Podpis Osoby upoważnionej



DOKUMENT ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA

**UPOWAŻNIENIE DO ZABIERANIA DZIECKA POZA
TEREN ODDZIAŁU PODCZAS LECZENIA DZIECKA
W ODDZIALE UZDROWISKOWEGO LECZENIA
SZPITALNEGO DZIECI (ODDZIAŁ B)**

Wydanie 5
z dnia 12.06.2024

Numer dokumentu
ROB/Zał. nr 3

Strona:

Osoba upoważniona zweryfikowana przez

Odwiedziny w dniu.....Od godz do godz.....

Podpis Osoby upoważnionej

Osoba upoważniona zweryfikowana przez

Odwiedziny w dniu.....Od godz do godz.....

Podpis Osoby upoważnionej

Osoba upoważniona zweryfikowana przez

Odwiedziny w dniu.....Od godz do godz.....

Podpis Osoby upoważnionej

Osoba upoważniona zweryfikowana przez

Odwiedziny w dniu.....Od godz do godz.....

Podpis Osoby upoważnionej

Osoba upoważniona zweryfikowana przez

Odwiedziny w dniu.....Od godz do godz.....

Podpis Osoby upoważnionej

Osoba upoważniona zweryfikowana przez

Odwiedziny w dniu.....Od godz do godz.....

Podpis Osoby upoważnionej