



OŚWIADCZENIE PACJENTA WYPISUJĄCEGO SIĘ NA WŁASNE ŻĄDANIE
(załącznik nr 1 PR02_P24)

Obowiązuje od: 30.04.2025
Wydanie: 1

Warszawa, dnia202... r.

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL / data urodzenia/

(rodzaj i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....)

Dane: imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego*

adres, numer telefonu:

.....

Oświadczenie pacjenta wypisującego się na własne żądanie

Ja , niżej podpisany/a (działając jako przedstawiciel ustawowy)*, niniejszym, zgodnie art. 29 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, wypisuję się na własne żądanie.

.....

Data i godzina

Czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego*

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych (zaprzestania diagnozowania i leczenia) oraz o skutkach podjętej decyzji, a w szczególności:

.....
.....
.....
.....

Oświadczam, że w pełni zrozumiałem/am informacje o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych (zaprzestania diagnozowania i leczenia) *przekazane* mi podczas rozmowy wyjaśniającej z lekarzem: (imię i nazwisko lekarza). Jestem świadomy, że ww. następstwa są przykładowe i niekompletne, ponieważ przerwanie procesu diagnostyczno-leczniczego nie daje pełnego obrazu stanu zdrowia pacjenta.

Zostałem poinformowany, że procesu diagnostycznego/leczniczego nie zakończono oraz, że zalecane i możliwe jest jego podjęcie w każdym momencie.



OŚWIADCZENIE PACJENTA WYPISUJĄCEGO SIĘ NA WŁASNE ŻĄDANIE
(załącznik nr 1 PR02_P24)

Obowiązuje od: 30.04.2025
Wydanie: 1

Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób dla mnie przystępny, zrozumiały i wyczerpujący. Ponadto zostałem/am w pełni poinformowany/na o stanie mojego zdrowia.

.....

Data i godzina

Czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego*

Ocena kontaktu słowno-logicznego z pacjentem:

.....

.....

.....

.....

Podpis i pieczęć lekarza/nr prawa wykonywania zawodu

Oświadczam, że działam z pełną świadomością swoich decyzji i podtrzymuję żądanie wypisania się z Kliniki / Oddziału Wojskowego Instytutu Medycznego – Państwowego Instytutu Badawczego. Ponoszę pełną odpowiedzialność i przyjmuję pełne ryzyko za podjętą decyzję.

.....

Data i godzina

Czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego*

Podstawa prawna art. 29 ustawy o działalności leczniczej:

1. Wypisanie pacjenta ze szpitala albo innego zakładu leczniczego podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej, następuje:

1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w tym zakładzie leczniczym;

2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego;

3) gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.

2. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, można odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych sąd opiekuńczy, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.

3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, niezwłocznie zawiadamia się właściwy sąd opiekuńczy o odmowie wypisania i jej przyczynach.

4. Pacjent występujący z żądaniem, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, jest informowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych. Pacjent taki składa pisemne oświadczenie o wypisaniu na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.

*niepotrzebne skreślić