UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W POZNANIU	F-SZ.ORG 3-16	Wydanie 1/2025-06-30
Tytuł: **OŚWIADCZENIE DOT. BRAKU SKIEROWANIA NA BADANIA DIAGNOSTYCZNE**		

Jednostka organizacyjna szpitala: ……

PESEL Pacjenta: .....

OŚWIADCZENIE*

Niniejszym oświadczam, że badania diagnostyczne wykonywane u mnie w dniu podpisania niniejszego oświadczenia służą: profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, niezależnie od faktu braku skierowania na badania.

……

data i czytelny podpis

**nie dotyczy badań radiologicznych*

UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W POZNANIU	F-SZ.ORG 3-16	Wydanie 1/2025-06-30
Tytuł: **OŚWIADCZENIE DOT. BRAKU SKIEROWANIA NA BADANIA DIAGNOSTYCZNE**		

Jednostka organizacyjna szpitala: ……

PESEL Pacjenta: .....

OŚWIADCZENIE*

Niniejszym oświadczam, że badania diagnostyczne wykonywane u mnie w dniu podpisania niniejszego oświadczenia służą: profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, niezależnie od faktu braku skierowania na badania.

……

data i czytelny podpis

**nie dotyczy badań radiologicznych*