

ZGODA NA LECZENIE (Rodzina/Osoby Upowaznione)

Ja, _____, zgadzam sie na leczenie osoby ponizej
Rodzic/Osoba upowazniona (drukowanymi literami)

wymienionej:

_____, z data urodzenia _____
Imie Pacjeta (dukowanymi literami) *Data urodzenia pacjeta*

Leczenie uwzgladnia i nie jest ograniczone do badan ogolnych, szczepien, badan laboratoryjnych lub diagnostycznych jak rowniez testow medycznych, ktore sa zalecone przez lekarza lub terapeute z kliniki PrimeCare Community Health, Inc, podczas mojej nie obecności.

Osoby upowaznione do zgody na leczenie pacjeta:

Imie osoby upowaznionej

(Relacja z pacjetem)

Imie osoby upowaznionej

()Relacja z pacjetem)

Imie osoby upowaznionej

(Relacja z pacjetem))

Zgoda na lecnie jest wazna do momentu przerwania leczenia. Jezeli osoba chce przerwac lecnie nalezy zlozyc wniosek na pismie.

Rodzic/osoba upowazniona podpis

Data

Health Centers

PRIMECAREHEALTH West Town
1431 N Western Ave, Suite 406
Chicago, IL 60622
Tel: 312.491-5250
Fax: 312.491.5020

PrimeCareHealth Fullerton
3924 W Fullerton Ave
Chicago, IL 60647
Tel: 773.276.2299
Fax: 773.276.2190

PrimeCareHealth Northwest
1649 N Pulaski Rd
Chicago, IL 60639
Tel: 773.278.6868
Fax: 773.278-6922

PrimeCareHealth Belmont-Cragin
5635 W Belmont Ave
Chicago, IL 60622
Tel: 773.736.1830
Fax: 773.736.1840

PRIMECAREHEALTH Hamlin
1920 N Hamlin Ave, Rm 101
Chicago, IL 60647
Tel: 773.772.7202
Fax: 773.772.7244

PrimeCareHealth Wicker Park
1127 N Oakley Blvd, 2nd Fl
Chicago, IL 60622
Tel: 312.770.2040
Fax: 312.770.3270

PrimeCareHealth West Town Dental
1431 N Western Ave, Suite 401
Chicago, IL 60622
Tel: 773.269.5540
Fax: 773.269.5544

Fr. Michael Michelini Center
1431 N. Western Ave, Suite 209
Chicago, IL 60622
Tel: 312.491.5435
Fax: 312.491.5066