

.....  
nazwa komórki organizacyjnej

.....  
imię i nazwisko pacjenta

.....  
numer księgi głównej

### **ZGODA NA UTYLIZACJĘ (zniszczenie) ODZIEŻY**

1. Oświadczam, że moja odzież jest w złym stanie sanitarno – higienicznym i nie nadaje się do przechowywania w magazynie depozytu Szpitala.
2. Wyrażam zgodę na utylizację (zniszczenie) odzieży.
3. Proszę o zapewnienie mi odzieży zastępczej na dzień wypisu ze Szpitala: TAK ☐ NIE ☐
4. Odzież zastępcza zostanie mi dostarczona z domu w dniu wypisu ze Szpitala: TAK ☐ NIE ☐

.....  
(czytelny podpis pielęgniarki)

.....  
(czytelny podpis pacjenta)