

## Oświadczenie odmowy wizyty patronażowej w miejscu pobytu

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

.....  
PESEL

Ja niżej podpisana oświadczam, że w związku epidemią wirusa SARS-CoV-2 nie wyrażam zgody na wizytę patronażową położnej w miejscu pobytu ,proszę o przeprowadzenie wizyty w formie tele-porady lub wideo- porady.

.....  
Data

.....  
Podpis pacjenta