

NZOZ Szpital na Siemiradzkiego im. R. Czerwiakowskiego Sp. z o. o.  
Szpital na Siemiradzkiego im. Rafała Czerwiakowskiego  
Oddział położniczo-ginekologiczny  
ul. Siemiradzkiego 1, 31 - 137 Kraków  
cz. I:000000006925 cz. V: 01 cz. VII: 001 cz. VIII: 4450

**Dokonałam wyboru położnej środowiskowej oraz lekarza POZ lub placówki POZ\***

Imię i nazwisko położnej POZ: .....

Adres/tel./mail położnej POZ:

.....  
.....

Imię i nazwisko lekarza POZ: .....

Adres/tel./mail lekarza POZ

.....  
.....

Placówka POZ: .....

Adres/tel./faks/mail placówki POZ:

.....  
.....

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na kontakt ze strony wyżej wymienionych osób lub podmiotów.

**ZGŁOSZENIE O PORODZIE:**

Imię i nazwisko matki: .....

Numer PESEL matki, lub serię i numer dokumentu potwierdzającego jej tożsamość:

.....

Godzina i data urodzenia dziecka: .....

Płeć dziecka: .....

Adres, pod którym matka wraz z dzieckiem będą przebywać w okresie połogu, oraz telefon kontaktowy (ew. adres e-mail):

.....  
.....

*\* W przypadku braku możliwości ustalenia położnej POZ lub placówki POZ przejmujących opiekę nad położnicą i noworodkiem informuje się położnicę o zasadach i zakresie opieki nad noworodkiem w miejscu jego pobytu oraz zasadach wyboru położnej POZ, lekarza POZ lub placówki POZ.*

.....  
podpis pacjentki

.....  
podpis i pieczętka położnej