**Szpital Rejonowy w Raciborzu**

**im. dr J. Rostka**

**ul. Gamowska 3, 47-400 Racibórz,**

**telefon: 32 755-53-02**

Kod oddziału: **Oddział Ginekologiczno-Położniczy** - **010**

Kod resortowy I: **000000014131**

Kod resortowy V: **01**

Pieczątka Komórki Organizacyjnej **Szpitala Rejonowego w Raciborzu**

**ZGODA NA POCHÓWEK**

**Nazwisko i Imię**

**PESEL**

**Nr Ks. Gł.**

**Oświadczam** , że po wypisaniu ze Szpitala Rejonowego w Raciborzu pragnę pochować materiał tkankowy zawierający fragmenty płodu.

**Oświadczam** i wyrażam zgodę na konieczność wykonania odpłatnego badania cytogenetycznego materiału po poronieniu określającego pleć płodu w celu zgłoszenia urodzenia dziecka martwego.

**Oświadczam** ,że pokryję wszelkie koszty związane z badaniem.   
**Zobowiązuję się** do odbioru materiału tkankowego zawierającego fragmenty płodu z prosektorium Szpitala Rejonowego w Raciborzu celem pochówku.

…………………..…………………………………..

Data czytelny podpis Pacjentki