

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/podpisana* oświadczam, że:

1. a) upoważniam Pana/Panią*zamieszkałego/zamieszkałą*

.....

pesel..... nr telefonu.....

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i o udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych, w tym o rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu*

b) nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych*

data i podpis pacjenta

2. a) upoważniam Pana/Panią*zamieszkałego/zamieszkałą*

.....

pesel..... nr telefonu.....

do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby*

Upoważnienie to dotyczy/nie dotyczy* wglądu do mojej dokumentacji medycznej również w przypadku mojej śmierci.

b) nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby/ za wyjątkiem mojej śmierci. W takiej sytuacji osobą upoważnioną jest *

Pan/Pani*

zamieszkały/zamieszkała*

pesel..... nr telefonu.....

data i podpis pacjenta

(* - niepotrzebne skreślić)