

OŚWIADCZENIE

PACJENTA O UPOWAŻNIENIU LUB BRAKU UPOWAŻNIENIA OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

WYPEŁNIA PACJENT

Wybraną odpowiedź prosimy zaznaczyć krzyżykiem: Prosimy o uzupełnienie brakujących danych.

Imię i nazwisko	<input type="text"/>										
Telefon	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wyrażam zgodę i upoważniam Panią/Pana _____
zamieszkałą/zamieszkałego _____
Telefon _____ PESEL

Do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

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

(*nie potrzebne skreślić)

Nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji dotyczącej mojej osoby / **za wyjątkiem mojej śmierci*** _____
_____ (*nie potrzebne skreślić)

W takiej sytuacji osobą upoważnioną jest:

Pani/Pan _____
zamieszkałą/zamieszkały _____
Telefon _____ PESEL

Data

Podpis pacjenta

OŚWIADCZENIE

PACJENTA O UPOWAŻNIENIU LUB BRAKU UPOWAŻNIENIA OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH.

WYPEŁNIA PACJENT

Wybraną odpowiedź prosimy zaznaczyć krzyżykiem: Prosimy o uzupełnienie brakujących danych.

Imię i nazwisko	<input type="text"/>										
Telefon	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wyrażam zgodę i upoważniam Panią/Pana _____
zamieszkałą/zamieszkałego _____
Telefon _____ PESEL

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

Nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeń zdrowotnych _____

Data

Podpis pacjenta