

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że:

1. a) upoważniam Pana/Panią
zamieszkałego/zamieszkałą w
(adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym)
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.

2. a) upoważniam Pana/Panią
zamieszkałego/zamieszkałą w
(adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym)
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 w
(adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym)
PESEL
Nr telefonu

.....
Data i podpis pacjenta