
(oznaczenie podmiotu)

(data)

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Ja, _____ (imię i nazwisko), _____ (PESEL)
nie upoważniam nikogo/ upoważniam* poniżej wskazane osoby mi bliskie do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych:

1) _____

2) _____

(imię i nazwisko, adres, ewentualnie telefon lub inne dane umożliwiające kontakt)

Jednocześnie nie upoważniam nikogo/ upoważniam* poniżej wskazane osoby mi bliskie do uzyskiwania dokumentacji medycznej odnoszącej się do mnie:

1) _____

2) _____

(imię i nazwisko)

Zarazem wyrażam zgodę na przeprowadzanie badań i udzielanie innych świadczeń zdrowotnych mieszczących się w zakresie świadczeń udzielanych przez podmiot. Zostałem poinformowany, że zgoda na poszczególne świadczenia zdrowotne może być wyrażana ustnie albo poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym czynnościom. Powyższa zgoda nie dotyczy zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta.

(podpis pacjenta)

* niepotrzebne skreślić