

Siemianowice Śl., dnia.....

Imię i nazwisko:

PESEL:

Oświadczenie

Upoważniam*.....

(imię, nazwisko, data urodzenia, stopień pokrewieństwa)

Adres zamieszkania:

Telefon:

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych.

Upoważniam*.....

(imię, nazwisko, data urodzenia, stopień pokrewieństwa)

Adres zamieszkania:

Telefon:

do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej.

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego na zasadach określonych w rozdziale 5 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....
(czytelny podpis)

*Jeśli pacjent nie upoważnia nikogo do uzyskiwania informacji o swoim stanie zdrowia i/lub do uzyskiwania dokumentacji medycznej, powinien postawić wyraźną kreskę nad kropkowaną linią.

**Niepotrzebne skreślić.