

OŚWIADCZENIE PACJENTA

o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych

Ja (imię i nazwisko)

PESEL upoważniam osobę bliską (imię i nazwisko)

..... PESEL

zamieszkała/y

telefon do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

Ja (imię i nazwisko)

PESEL nie upoważniam żadnej osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....
data i podpis

OŚWIADCZENIE PACJENTA

o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej

Ja (imię i nazwisko)

PESEL upoważniam osobę bliską (imię i nazwisko)

..... PESEL

do uzyskiwania dokumentacji medycznej.

Ja (imię i nazwisko)

PESEL nie upoważniam żadnej osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej.

.....
data i podpis

OŚWIADCZENIE PACJENTA

o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego

Ja (imię i nazwisko)

PESEL wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub

udzielenie innego świadczenia zdrowotnego na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. O prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....
data i podpis

