

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
PESEL pacjenta

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że zostałem/am/ poinformowany/a/ o stanie mojego zdrowia i możliwości wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody, możliwości upoważnienia osoby bliskiej do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do upoważnienia jej do uzyskania mojej dokumentacji medycznej lub odmowy udzielenia takiego upoważnienia.

UPOWAŻNIAM

.....
imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
dane kontaktowe osoby upoważnionej

- a) **do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych***
- b) **do uzyskania dokumentacji medycznej***
- c) **wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub innego świadczenia zdrowotnego***

.....
podpis pacjenta/tki/

* w przypadku braku zgody należy przekreślić