

OŚWIADCZENIE PACJENTA
o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

Ja (imię i nazwisko) PESEL
upoważniam osobę bliską (imię i nazwisko)
PESEL zam.
tel. do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....
(data i podpis)

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.

.....
(data i podpis)

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 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....
(data i podpis)