

Rodzinne Centrum Medyczne Niepołomice

Ul. Kościuszki 28 A

32-005 Niepołomice

Tel. 887 166 333 / 12 250 07 87

Kraków, dnia...............................

.......................................................  
Imię i Nazwisko Pacjenta

........................................................  
PESEL  
 Oświadczenie pacjenta

Ja niżej podpisany oświadczam, że:

1.

* Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych\*
* Upoważniam Pana/Panią.....................................................................................................

zamieszkałego/zamieszkałą w..........................................................................................................

data urodzenia.........................................................numer telefonu...............................................

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i o udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych   
w tym o rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu\*

2.

* Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby\*
* Upoważniam Pana/Panią.............................................................................................................

zamieszkałego/zamieszkałą w..................................................................................................................

data urodzenia.........................................................numer telefonu........................................................  
do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby\*

• Upoważnienie to dotyczy/nie dotyczy wglądu do mojej dokumentacji medycznej również   
w przypadku mojej śmierci

3. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

........................................  
data i podpis pacjenta

\*właściwe zaznacz „X”