

Rodzinne Centrum Medyczne Niepołomice
Ul. Kościuszki 28A
32-005 Niepołomice
Tel. 887 166 333

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”

** niewłaściwe skreślić