



OŚWIADCZENIE

Data

Ja niżej podpisany/podpisana*, nazwisko i imię

Data urodzenia

1. **wyrażam zgodę na wykonanie niezbędnych świadczeń zdrowotnych**

.....
data i podpis pacjenta

2. a) **upoważniam Pana/Panią***
zamieszkałego/zamieszkałą* w.....
(adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym)
PESEL.....
nr telefonu.....

do **uzyskania 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 albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu*

.....
data i podpis pacjenta

b) **nie wyrażam zgody** i nie upoważniam nikogo **do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia** i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych

.....
data i podpis pacjenta

3. a) **upoważniam Pana/Panią***
zamieszkałego/zamieszkałą* w.....
(adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym)
PESEL.....
nr telefonu.....

do wglądu i uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby*.

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

b) **nie wyrażam zgody** i nie upoważniam nikogo **do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby / za wyjątkiem mojej śmierci.** W takiej sytuacji osobą upoważnioną jest*:

Pan/Pani*.....
zamieszkały/zamieszkała* w.....
(adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym)
PESEL.....
nr telefonu.....

.....
data i podpis pacjenta

4. **wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb NZOZ, NFZ, MZ**

.....
data i podpis pacjenta

5. **Oświadczam, że zostałem/zostałam* poinformowany/poinformowana* o przysługujących mi prawach pacjenta. Treść Karty Praw Pacjenta jest dostępna w rejestracji.**

* *niepotrzebne skreślić*

.....
data i podpis pacjenta