

OŚWIADCZENIE PACJENTA

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

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

.....

(data i podpis)

Ja (imię i nazwisko)PESELnie 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)tel.....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)