

Kraków, dnia.....

.....

imię i nazwisko pacjenta

.....

PESEL

## Oświadczenie pacjenta

\*właściwe zaznaczyć „X”

**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

.....