

## OŚWIADCZENIE PACJENTA (1)

Stan chorego nie pozwala mu na złożenie własnoręcznego podpisu

.....  
Podpis lekarza

Ja niżej podpisany (imię i nazwisko) .....

PESEL .....

**oświadczam, że wyrażam zgodę i upoważniam** do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych\*)

.....  
*Nazwisko i imię osoby upoważnionej*

Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną:

Telefon ..... Adres: .....

Data: ..... Podpis oświadczającego .....

Ja niżej podpisany (imię i nazwisko) .....

PESEL .....

**oświadczam, że nie wyrażam zgody i nie upoważniam** nikogo do przekazania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych\*)

Data: ..... Podpis oświadczającego .....

## OŚWIADCZENIE PACJENTA (2)

Ja niżej podpisany (imię i nazwisko) .....

PESEL .....

**oświadczam, że wyrażam zgodę i upoważniam** do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej jak również do jej odbioru w przypadku mojej śmierci\*)

.....  
*Nazwisko i imię osoby upoważnionej*

Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną:

Telefon ..... Adres: .....

Data: ..... Podpis oświadczającego .....

Ja niżej podpisany (imię i nazwisko) .....

PESEL .....

**oświadczam, że nie wyrażam zgody i nie upoważniam** nikogo do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci, ani do jej odbioru przed planowanym jej zniszczeniem\*)

Data: ..... Podpis oświadczającego .....

## OŚWIADCZENIE PACJENTA (3)

o wyrażaniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego

Ja niżej podpisany (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 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Data: ..... Podpis oświadczającego .....

\*) niepotrzebne skreślić

Czytelny podpis przyjmującego oświadczenia: .....