

OŚWIADCZENIE PACJENTA (1)

Stan chorego nie pozwala mu na złożenie własnoręcznego podpisu

WZOR
Podpis lekarza

Ja niżej podpisany (imię i nazwisko) JAN KOWALSKI

PESEL 31010100000

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

KOWALSKA JADWIGA
Nazwisko i imię osoby upoważnionej

Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną:

Telefon 123-456-789

Adres: 20-032 WIELKIE WIELKIE, UL. DONALDA 1/10

Data: 01.01.2025

Podpis oświadczającego

Jan Kowalski

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) JAN KOWALSKI

PESEL 31010100000

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

KOWALSKA JADWIGA
Nazwisko i imię osoby upoważnionej

Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną:

Telefon 123-456-789

Adres: 20-032 WIELKIE WIELKIE, UL. DONALDA 1/10

Data: 01.01.2025

Podpis oświadczającego

Jan Kowalski

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 wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego

Ja niżej podpisany (imię i nazwisko) JAN KOWALSKI

PESEL 31010100000

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: 01.01.2025

Podpis oświadczającego

Jan Kowalski

*) niepotrzebne skreślić

Czytelny podpis przyjmującego oświadczenia: