

OŚWIADCZENIE PACJENTA

1. Oświadczam, że upoważniam *

.....

(Imię i Nazwisko, PESEL oraz adres osoby, której pacjent udziela niniejszych upoważnień)

do uzyskiwania informacji o ostatnie mojego zdrowia lub o moim zgonie oraz o udzielonych i planowanych świadczeniach zdrowotnych;

2. Oświadczam, że upoważniam w/w osobę do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby;
3. Oświadczam równocześnie, że wyrażam zgodę na przeprowadzanie badań oraz udzielanie innych świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Caritas Diecezji Tarnowskiej, Rynek 10, 33-330 Grybów oraz w podmiotach leczniczych będących podwykonawcami w/w Zakładu na zasadach określonych w rozdz. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....
Miejscowość, data

.....
podpis pacjenta

* W razie braku woli udzielenia jakiegokolwiek osobie powyższego upoważnienia należy wpisać:
„Oświadczam, że nie udzielam nikomu upoważnienia do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia (pkt 1) oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej (pkt 2).”