

# OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany .....

zam. w .....

legitymujący się dowodem osobistym nr ..... PESEL .....

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego<sup>1)</sup>

.....  
(podpis pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub faktycznego)

2. Oświadczam, że do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych w tym o rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu upoważniam niżej wymienioną bliską mi osobę

nikogo nie upoważniam<sup>2)</sup>

..... PESEL .....

(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

zam. .... (tel. kontaktowy) .....

.....  
(podpis pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub faktycznego)

3. Oświadczam, że do uzyskiwania dokumentacji medycznej o stanie mojego zdrowia również w przypadku mojej śmierci upoważniam niżej wymienioną bliską mi osobę

nikogo nie upoważniam<sup>2)</sup>

..... PESEL .....

(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

zam. .... (tel. kontaktowy) .....

.....  
(podpis pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub faktycznego)

....., dnia .....

<sup>1)</sup> na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

<sup>2)</sup> zakreślić znakiem "X"