

OŚWIADCZENIE PACJENTA DOTYCZĄCE:

- DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
- INFOROMOWANIA O STANIE ZDROWIA

F8- MED. OGÓLNE

Właściciel dokumentu: Pełnomocnik ds. Medycznych

Data wprowadzenia dokumentu: 2014

Aktualizacja dokumentu: 11.10.2019

Edycja 4

Imię i nazwisko pacjenta:

Nr PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Do informowania o moim stanie zdrowia **upoważniam:**Imię i nazwisko osoby bliskiej¹⁾:.....Nr PESEL²⁾:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

lub data urodzenia:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon kontaktowy:.....

 NIE WYRAŻAM ZGODY na ujawnianie informacji o moim stanie zdrowia

Złożone oświadczenie będzie wiążące również w przypadku mojej śmierci.

.....
 (data, podpis
 Przedstawiciela/i ustawowego/ych)

.....
 (data, podpis pacjenta,
 także małoletniego, który ukończył 16 lat)

2. Do uzyskania dokumentacji medycznej **upoważniam:**

Imię i nazwisko osoby bliskiej*:.....

Nr PESEL²⁾:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

lub data urodzenia:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon kontaktowy:.....

 NIE WYRAŻAM ZGODY na udostępnianie dokumentacji medycznej

Złożone oświadczenie będzie wiążące również w przypadku mojej śmierci.

.....
 (data, podpis)

.....
 (data, podpis pacjenta, Przedstawiciela /i ustawowego/ych)
 także małoletniego, który ukończył 16 lat)

PODSTAWY PRAWNE: art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1127)

¹⁾ osoba bliska: małżonek / małżonka, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta.

²⁾ w przypadku osób nieposiadających nr PESEL podać nr dowodu tożsamości.