



NZOZ Nr 1 w Rumi

ul. Derdowskiego 23, 84-230 Rumia

OŚWIADCZENIE

Poradnia Ogólna

(58) 671-15-11

Filia NZOZ Nr 1 w Wejherowie (58) 782-44-33

Ja niżej podpisany/podpisana* oświadczam, że

1. a) upoważniam Pana/Panią*.....zamieszkałego/zamieszkałą.....
.....pesel..... nr telefonu.....

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i o udzielonych mi 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*

b) nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczenia moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych*

2. a) upoważniam Pana/Panią*.....zamieszkałego/zamieszkałą*.....
.....pesel.....nr telefonu.....

do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby*

Upoważnienie to dotyczy/nie dotyczy* wglądu do mojej dokumentacji medycznej również w przypadku mojej śmierci.

b) nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby/ za wyjątkiem mojej śmierci. W takiej sytuacji upoważnioną jest*

Pan/Pani* zamieszkały/zamieszkała*.....
..... pesel..... nr telefonu.....

(*-niepotrzebne skreślić)

..... (data i podpis pacjenta)



NZOZ Nr 1 w Rumi

ul. Derdowskiego 23, 84-230 Rumia

OŚWIADCZENIE

Poradnia Ogólna

(58) 671-15-11

Filia NZOZ Nr 1 w Wejherowie (58) 782-44-33

Ja niżej podpisany/podpisana* oświadczam, że

1. a) upoważniam Pana/Panią*.....zamieszkałego/zamieszkałą.....
.....pesel..... nr telefonu.....

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i o udzielonych mi 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*

b) nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczenia moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych*

2. a) upoważniam Pana/Panią*.....zamieszkałego/zamieszkałą*.....
.....pesel.....nr telefonu.....

do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby*

Upoważnienie to dotyczy/nie dotyczy* wglądu do mojej dokumentacji medycznej również w przypadku mojej śmierci.

b) nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby/ za wyjątkiem mojej śmierci. W takiej sytuacji upoważnioną jest*

Pan/Pani* zamieszkały/zamieszkała*.....
..... pesel..... nr telefonu.....

(*-niepotrzebne skreślić)

..... (data i podpis pacjenta)