

Gminny Ośrodek Zdrowia w Choczewie
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Poradnia POZ

OŚWIADCZENIE PACJENTA

..... PESEL

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

(imię i nazwisko pacjenta)

1. Upoważniam PESEL
(imię i nazwisko)

zam. tel. do
uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia, planowanych i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych:

nie wyrażam zgody i nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.

2. Upoważniam PESEL
(imię i nazwisko)

zam. tel. do
uzyskiwania dostępu do dotyczącej mnie dokumentacji medycznej.

Nie upoważniam żadnych osób do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

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 i podpis pacjenta)