

Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o. o.	Formularz SZJ nr F-4.2.4-02-03	Wydanie	3 z 2014.08.01
	OŚWIADCZENIE DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA PACJENTA	Strona	1 z 1

Nr ks. gł.

Płock, data

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie dokumentacji medycznej (Dz. U. 10.252.1697 z późn. zm.) pacjent ma prawo do złożenia oświadczenia pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, albo oświadczenia o braku takiego upoważnienia.

Ja, niżej podpisany/ podpisana* oświadczam, że:

a) upoważniam Pana/ Panią *

1. Imię i nazwisko
2. PESEL
3. Stopień pokrewieństwa
4. Adres zamieszkania
5. 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 zaniechaniu, wynikach leczenia oraz rokowaniu*.

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

c) oświadczam, iż zostałem/ zostałam poinformowany/ poinformowana o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia*

* niepotrzebne skreślić

podpis i pieczętka lekarza

czytelny podpis pacjenta