

PACJENT (imię i nazwisko).....

PESEL.....

Adres:.....

Tel:..... e-mail:.....

1 Upoważniam następujące osoby do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach:

Tak  NIE

2 Upoważniam następujące osoby do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby, za życia i po mojej śmierci:

Tak  NIE

Lp.	Osoba upoważniona ( imię i nazwisko)	Nr telefonu	Adres zamieszkania

3. **Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań lub innych świadczeń zdrowotnych.**

( na podst. Art.14 ust. 2 pkt 3 oraz art. 26 ust.1 z dn. 6.11.2008 o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta Dz.U. 2016 poz. 186 z dn. 16.02.2016 )

4. Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji na wskazany przeze mnie nr telefonu i adres e-mail

5. Zostałam/zostałem poinformowany o możliwości zapoznania się z Kartą Praw Pacjenta.

Data złożenia oświadczenia:.....

Podpis pacjenta lub opiekuna prawnego:.....