



Załącznik nr 1

OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKIWANIA INFORMACJI
O STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH ORAZ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL pacjenta

ID pacjenta

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego*

1. Oświadczam, że **upoważniam** bliską mi osobę

imię i nazwisko osoby upoważnionej/ PESEL

☐ ** do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

☐ ** do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia i udzielanych mi świadczeń zdrowotnych.

Dane kontaktowe osoby upoważnionej:

dokładny adres, numer telefonu kontaktowego

Ponad to oświadczam, że mam świadomość o możliwości dokonania w dowolnym momencie zmiany zdania w kwestii powyższych oświadczeń, jak również mam prawo do upoważnienia dodatkowych osób.

.....
Podpis i pieczęć osoby przyjmującej oświadczenie

.....
Data, czytelny podpis pacjenta i/ lub przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego

2. Oświadczam, że **nie upoważniam** żadnej osoby:

☐ ** do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

☐ ** do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia i udzielanych mi świadczeń zdrowotnych

Ponad to oświadczam, że mam świadomość o możliwości dokonania w dowolnym momencie zmiany zdania w kwestii powyższych oświadczeń

.....
Podpis i pieczęć osoby przyjmującej oświadczenie

.....
Data, czytelny podpis pacjenta i/ lub przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego

3. Żądam, aby nie informowano mnie o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniach.

.....
Podpis i pieczęć osoby przyjmującej oświadczenie

.....
Data, czytelny podpis pacjenta i/ lub przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego

*) informację podać w przypadku osób małoletnich lub ubezwłasnowolnionych

**) właściwie zaznaczyć