Załącznik Nr …… do historii zdrowia i choroby

Nazwisko …… Imię (imiona) …….. Płeć K ☐ M ☐

Data urodzenia …… Adres ……...

Pesel|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Seria i nr dowodu osobistego …… NIP …….

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych, na zasadach określonych w dziale II, rozdziale 5 oraz dziale III Ustawy z dn. 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2008r., nr 164, poz. 1027 ze zm.) w:

Nazwa placówki ……..

Adres ……..

……

*Data i podpis pacjenta*

2. Oświadczam, że osoba upoważniona do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby w przypadku śmierci jest:

Nazwisko i imię ……..

Adres zamieszkania z kodem pocztowym ……

Nr telefonu ……....

……

*Data i podpis pacjenta*

Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby w przypadku śmierci.

……

*Data i podpis pacjenta*

3. Oświadczam, że osoba upoważniona do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych jest:

Nazwisko i imię ……..

Adres zamieszkania z kodem pocztowym ……

Nr telefonu ……....

……

*Data i podpis pacjenta*

Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.

……

*Data i podpis pacjenta*