Załącznik Nr ……………………… do historii zdrowia i choroby

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

Data urodzenia ……………………………………. Adres …………………………………………………………………………………………...

Pesel I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I 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*