



OŚWIADCZENIE PACJENTA PEŁNOLETNIEGO

Dane Pacjenta: PESEL.....

1. Uzyskanie informacji o stanie zdrowia.

☐ Upoważniam.....

.....
(imię i nazwisko, data urodzenia osoby bliskiej, kontakt)

do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach medycznych.

☐ Nie upoważniam nikogo do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia.

2. Uzyskanie dokumentacji medycznej.

☐ Upoważniam.....

.....
(imię i nazwisko, data urodzenia osoby bliskiej, kontakt)

do uzyskania mojej dokumentacji medycznej z leczenia w Poradni POZ, w tym do odbioru w moim imieniu wyników badań diagnostycznych.

☐ Nie upoważniam nikogo do uzyskania mojej dokumentacji medycznej

3. Zgoda na udzielanie świadczenia medycznego

☐ Wyrażam świadomą zgodę na udzielanie świadczeń medycznych w poradni POZ.

Każdorazowo przed wykonaniem czynności medycznych mam prawo do uzyskania niezbędnych, zrozumiałych dla mnie informacji w zakresie zleconych lub wykonywanych czynności medycznych, zostanę poinformowany przez personel medyczny o ich rodzaju i przebiegu oraz ewentualnych skutkach ubocznych. Na podstawie uzyskanych informacji świadomie udzielę zgody na proponowane czynności medyczne.

Prawo Pacjenta do odmowy diagnostyki lub leczenia.

☐ Nie wyrażam zgody na świadczenie medyczne.

Poinformowany o możliwych skutkach takiej odmowy dla mojego zdrowia, świadomie nie wyrażam zgody na świadczenia medyczne. Ponoszę pełną odpowiedzialność za swoją decyzję i w przyszłości nie będę dochodził roszczeń prawnych w tym zakresie.

.....
Data

.....
czytelny podpis pacjenta pełnoletniego

.....
Data i podpis osoby przyjmującej oświadczenie