**OŚWIADCZENIE PACJENTA**

**o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych (proszę wypełnić pkt 1 bądź pkt 2)**

**1.**

Ja (imię i nazwisko) **…………………………………….……………………………………………….…………….……** PESEL **……………...……………..**

upoważniam osobę bliską (imię i nazwisko) **…………………………………….………………………….……………………………...……….……**

PESEL **………………….………..….** zam. **…………………………………………………………………….……….….……** tel. **……………………………….**

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

**………………………………………………………………….…**

*data i podpis osoby składającej oświadczenie*

**2**.

Ja (imię i nazwisko) **……………………………………….…………....** PESEL **……………..………….** nie upoważniam żadnej osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

**………………………………………………………………….…**

*data i podpis osoby składającej oświadczenie*

**OŚWIADCZENIE PACJENTA**

**o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej  
(proszę wypełnić pkt 1 bądź pkt 2)**

**1.**

Ja (imię i nazwisko) **……………………………………….…………………………………………….…………….……** PESEL **……………...……………..**

upoważniam osobę bliską (imię i nazwisko) **…………………………………….………………………….……………………………...……….……**

PESEL **………………….…………..….** zam. **…………………………………………………………………….……….….……** tel. **……………………………**

do uzyskiwania dokumentacji medycznej, która mnie dotyczy.

**………………………………………………………………….…**

*data i podpis osoby składającej oświadczenie*

**2**.

Ja (imię i nazwisko) **……………………………………….…………....** PESEL **……………..………….** nie upoważniam żadnej osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej, która mnie dotyczy.

**………………………………………………………………….…**

*data i podpis osoby składającej oświadczenie*

**OŚWIADCZENIE PACJENTA**

**o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego**

Ja (imię i nazwisko) **……………………………………….…………………………………………….…………….……** PESEL **……………...……………..**

wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego

Zostałam poinformowana/ zostałem poinformowany o możliwości zapoznania się z Kartą Praw Pacjenta (w placówkach PMR lub w serwisie internetowym [www.pmr.szczecin.pl](http://www.pmr.szczecin.pl/))

**………………………………………………………………….…**

*data i podpis osoby składającej oświadczenie*