



Załącznik nr 1

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

Dane pacjenta:
(imię i nazwisko) (pesel)

.....
(ID pacjenta)

.....
(adres zamieszkania)

Ja, niżej podpisany, po uzyskaniu informacji dotyczących ochrony moich danych osobowych

I. wyrażam zgodę nie wyrażam zgody

na udzielanie informacji medycznych związanych z leczeniem mojej osoby

w pełnym zakresie

w zakresie dotyczącym: podjęcia leczenia w: szpitalu poradni specjalistycznej poradni poz
 rozpoznania medycznego i stanu zdrowia
 stosowanych metod diagnozowania i leczenia
 wyników leczenia oraz rokowań medycznych

II. wyrażam zgodę nie wyrażam zgody

na uzyskanie wglądu do dokumentacji medycznej w trakcie leczenia

na udostępnienie kopii dokumentacji po zakończeniu leczenia

na udostępnienie kopii dokumentacji na wypadek mojej śmierci
w zakresie dotyczącym:

całości dokumentacji medycznej

określonego rodzaju dokumentacji medycznej
(określenie rodzaju dokumentacji medycznej)

wskazanej przeze mnie osobie:
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

zam.
(dokładny adres) (nr telefonu)

III. Dodatkowe adnotacje pacjenta:

żądam by nie informować mnie o stanie mojego zdrowia i rokowaniach medycznych.

Zakres zwolnienia ma charakter: całkowity (zwalnia personel medyczny z udzielania jakichkolwiek informacji), częściowy (zwalnia personel medyczny z udzielania tylko określonych informacji).

Chojnice,
(data) (podpis osoby przyjmującej deklarację) (czytelny podpis pacjenta)