

## Oświadczenie

Pan[i]

.....

Pesel                      adres zamieszkania

Na podstawie ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 nr 112 poz. 654) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2010 nr 252 poz. 1697).

1. Upoważniam oraz wyrażam zgodę na udzielenie informacji o moim stanie i wglądu do mojej dokumentacji

.....  
Imię i nazwisko adres telefon

2. Nie upoważniam do w/w świadczeń \*)\*\*)
3. Wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń medycznych, zostałem poinformowany o ewentualnych powikłaniach na skutek udzielanych świadczeń medycznych.

\*) w przypadku gdy pacjent nie wskaże osoby należy skreślić pkt1 i podkreślić pkt

\*\*\*) nie dotyczy podmiotów upoważnionych z mocy ustawy do udostępniania im dokumentacji medycznej.

.....  
data i czytelny podpis pacjenta

załącznik do historii choroby

## Oświadczenie

Pan[i]

.....

Pesel                      adres zamieszkania

Na podstawie ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 nr 112 poz. 654) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2010 nr 252 poz. 1697).

1. Upoważniam oraz wyrażam zgodę na udzielenie informacji o moim stanie i wglądu do mojej dokumentacji

.....  
Imię i nazwisko adres telefon

2. Nie upoważniam do w/w świadczeń \*)\*\*)
3. Wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń medycznych, zostałem poinformowany o ewentualnych powikłaniach na skutek udzielanych świadczeń medycznych.

\*) w przypadku gdy pacjent nie wskaże osoby należy skreślić pkt1 i podkreślić pkt

\*\*\*) nie dotyczy podmiotów upoważnionych z mocy ustawy do udostępniania im dokumentacji medycznej.

.....  
data i czytelny podpis pacjenta