

### ZGODA PACJENTA NA LECZENIE

**Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.**

Imię i Nazwisko .....

Adres Zamieszkania .....

Kod pocztowy .....-..... Miejscowość .....

PESEL .....

Tel./ e-mail .....

Dane lekarza prowadzącego : Anna Sara-Nowak

#### Zgoda Własna Pacjenta

Zgoda wyrażona przez samego Pacjenta we własnym imieniu

.....

Czytelny podpis Pacjenta

### OŚWIADCZENIE PACJENTA

Upoważniam osobę bliską (imię i nazwisko) .....

numer telefonu ..... stopień pokrewieństwa ..... do:

(\*niepotrzebne skreślić)

- otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia oraz udzielonych świadczeń medycznych TAK / NIE

- uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej (także po mojej śmierci) TAK / NIE

- odbioru recept i zaleceń TAK / NIE

..... (data i podpis)

### OŚWIADCZENIE PACJENTA

Nie upoważniam nikogo do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia, udzielonych świadczeniach medycznych oraz do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej.

..... (data i podpis)

Podstawa prawna:

- art. 9 ust. 2 i 3 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz art. 31 i in. ustawy z dn. 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry

- art. 26 ust. 1 i 2 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

- art. 42 ust. 4 ustawy z dn. 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry