

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

na podst. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku

OŚWIADCZAM, IŻ UPOWAŻNIAM

.....  
.....  
(imię i nazwisko, adres i nr tel. osoby upoważnionej)

DO:

- 1) uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych,
- 2) uzyskiwania dokumentacji o przebiegu mojego leczenia,
- 3) wyrażenia zgody na przeprowadzenie badań lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

.....  
(data i czytelny podpis Pacjenta lub opiekuna)

tel. ....